

**Behandelen op school**  
een zoektocht naar educatieve therapie

Dag Geerte,  
Pepijn en Benjamin

Liefs van mama

# **Behandelen op school** een zoektocht naar educatieve therapie

(Educational therapy  
a search for a conceptual framework)

## **Proefschrift**

ter verkrijging van de graad van doctor aan de  
Erasmus Universiteit Rotterdam op gezag van de  
Rector Magnificus  
Prof. Dr P.W.C. Akkermans M.A.  
en volgens besluit van het college voor promoties.

De openbare verdediging zal plaatsvinden op  
woensdag 27 september 1995 om 11.45 uur

door

**Everijntje Cornelia van Doorn**

geboren op 30 juli 1955  
te Veenendaal

## **Promotiecommissie**

**Promotores:** Prof.Dr F. Verheij  
Prof.Dr M.G.M. van den Dungen

**Overige leden:** Prof.Dr F.C. Verhulst  
Prof.Dr R.W. Trijsburg  
Prof.Dr K. Doornbos

# Inhoudsopgave

Dankwoord IX

Inleiding 1

1. **Kinderen met ernstige emotionele en/of gedragsproblemen op school 7**
  - 1.1 De groei naar multicausale verklaringsmodellen 7
    - 1.1.1 Kinderen met ernstige emotionele en/of gedragsproblemen 7
    - 1.1.2 Kinderen met leerproblemen en/of leerstoornissen 10
  - 1.2 Kinderen met ernstige emotionele en/of gedragsproblemen op school 14
    - 1.2.1 Type onderwijs 14
    - 1.2.2 Manier van werken op school 15
  - 1.3 Conclusies 17
2. **Het behandelingsconcept van de interne school-SKZ als onderwerp van onderzoek 19**
  - 2.1 Het praktisch handelen als uitgangspunt 19
    - 2.1.1 Maximaliseren van behandeling op N = 1 niveau 19
    - 2.1.2 Het achterliggende behandelingsconcept 21
    - 2.1.3 Het onderzoek naar het achterliggende behandelingsconcept 23
    - 2.1.4 Praktijkgericht onderzoek 25
  - 2.2 Onderzoeksmethoden 27
    - 2.2.1 Typering 27
    - 2.2.2 Voorlopige onderzoeksopzet 29
  - 2.3 Kwaliteitseisen 30
    - 2.3.1 De kwaliteit van de verzamelde data 31
    - 2.3.2 De kwaliteit van het onderzoeksproces 32
    - 2.3.3 De kwaliteit van het onderzoeksresultaat 33
  - 2.4 Conclusies 34
3. **Beschrijving vanuit de eigen praktijk 35**
  - 3.1 Onderzoeksmethode 35
    - 3.1.1 Onderzoeksmateriaal 35

|           |  |           |
|-----------|--|-----------|
| 3.1.2     | Vraagstelling voor de eerste onderzoeksfase  | 36        |
| 3.1.3     | Probleemverkenning   | 38        |
| 3.2       | De eerste casus: Marga   | 39        |
| 3.2.1     | Het kind   | 39        |
| 3.2.2     | De behandeling   | 40        |
| 3.2.3     | Het onderzoek  | 43        |
| 3.3       | De tweede casus: Kim   | 44        |
| 3.3.1     | Het kind   | 44        |
| 3.3.2     | De behandeling   | 45        |
| 3.3.3     | Het onderzoek  | 46        |
| 3.4       | De derde casus: Diederik   | 48        |
| 3.4.1     | Het kind   | 48        |
| 3.4.2     | De behandeling   | 49        |
| 3.4.3     | Het onderzoek  | 50        |
| 3.5       | Een eerste ordening  | 53        |
| 3.5.1     | De manier van werken op de interne school-SKZ  | 53        |
| 3.5.2     | Het onderzoek  | 54        |
| <b>4.</b> | <b>Vergelijking met voorafgaande scholen</b>   | <b>57</b> |
| 4.1       | Onderzoeksmethode  | 57        |
| 4.2       | De kinderen  | 60        |
| 4.2.1     | Arie   | 60        |
| 4.2.2     | Bettie   | 62        |
| 4.2.3     | Cor  | 63        |
| 4.2.4     | Denise   | 64        |
| 4.2.5     | Erwin  | 65        |
| 4.2.6     | Felix  | 66        |
| 4.2.7     | Gerard   | 67        |
| 4.2.8     | Hilde  | 68        |
| 4.2.9     | Ignas  | 69        |
| 4.2.10    | Janneke  | 70        |
| 4.3       | De vergelijking  | 71        |
| 4.3.1     | Leervorderingen  | 72        |
| 4.3.2     | Emotionele en/of gedragsproblemen  | 73        |
| 4.3.3     | Fasering van behandeling   | 74        |
| 4.3.4     | Voorwaarden in de organisatie  | 76        |
| 4.4       | Het onderzoeksproces   | 77        |
| <b>5.</b> | <b>Vergelijking met scholen die samenwerken met een kinder- en<br/>jeugdpsychiatrische kliniek</b> | <b>80</b> |
| 5.1       | Onderzoeksmethode  | 80        |
| 5.1.1     | Opbouw van de gesprekken   | 80        |
| 5.1.2     | Ervaringen met de gesprekken   | 82        |
| 5.2       | De kliniekschool   | 84        |
| 5.2.1     | Inventarisatie   | 84        |

- 5.2.2 Kenmerken van een kliniekschool 85
- 5.3 Het behandelingsproces op school 87
  - 5.3.1 De functie van schoolbezoek voor het kind 87
  - 5.3.2 De functie van schoolbezoek voor de kliniekmedewerkers 88
  - 5.3.3 Behandelingsdoelen binnen een kliniekschool 90
  - 5.3.4 Specifieke aanpassingen 93
- 5.4 Het onderzoeksproces 94
  - 5.4.1 Een nadere ordening van het behandelingsconcept van de interne school-SKZ 94
- 6. Het behandelingsconcept van de interne school-SKZ 97**
  - 6.1 Het onderzoeksproces 97
  - 6.2 De bouwstenen voor een schema 100
    - 6.2.1 Verschillende fasen 100
    - 6.2.2 Ordening van behandelingsdoelen 102
  - 6.3 Het schema stap voor stap 104
    - 6.3.1 De voorschoolse fase 104
    - 6.3.2 De behandelingsfase 106
    - 6.3.3 De afbouwfase 108
  - 6.4 Het totaaloverzicht 109
  - 6.5 Conclusies 110
- 7. Formatieve evaluatie: het schema in de eigen praktijk beproefd 113**
  - 7.1 Onderzoeksmethode 113
  - 7.2 De kinderen 114
    - 7.2.1 Denise 115
    - 7.2.2 Bettie 116
    - 7.2.3 Kaatje 118
    - 7.2.4 Gerard 119
    - 7.2.5 Leendert 121
    - 7.2.6 Erwin 122
    - 7.2.7 Janneke 124
    - 7.2.8 Marc 125
    - 7.2.9 Cor 127
    - 7.2.10 Nico 129
    - 7.2.11 Felix 130
    - 7.2.12 Arie 132
    - 7.2.13 Olivia 133
  - 7.3. Het schema 135
    - 7.3.1 Algemene kritiekpunten 135
    - 7.3.2 De inrichting van de onderwijs-leersituatie 138
    - 7.3.3 Het contact met de volwassenen 139
    - 7.3.4 De veranderingen bij het kind 140
  - 7.4 Conclusies 141

|            |   |            |
|------------|---|------------|
| <b>8.</b>  | <b>Summatieve evaluatie: het schema beoordeeld</b>                              | <b>143</b> |
| 8.1        | Onderzoeksmethode   | 143        |
| 8.1.1      | Overwegingen vooraf   | 143        |
| 8.1.2      | Opzet van de evaluatiegesprekken  | 147        |
| 8.1.3      | Selectie van de gesprekspartners  | 148        |
| 8.2        | Beoordeling van het schema vanuit een overeenkomstige<br>behandelingscontext    | 149        |
| 8.3        | Beoordeling van het schema vanuit een andersoortige<br>behandelingscontext      | 152        |
| 8.4        | Het onderzoeksproces  | 156        |
| <b>9.</b>  | <b>Educatieve therapie</b>  | <b>158</b> |
| 9.1        | Conceptueel kader   | 158        |
| 9.1.1      | Strategieën   | 159        |
| 9.1.2      | Domeinen van beïnvloeding   | 160        |
| 9.2        | Consequenties voor het handelen   | 163        |
| 9.2.1      | Eerste strategie: situatie scheppen waarin het kind<br>taakgericht functioneert | 163        |
| 9.2.2      | Tweede strategie: interventies gericht op het veranderen<br>van het kind        | 168        |
| 9.2.3      | Derde strategie: aansluiting zoeken bij een externe<br>school                   | 171        |
| 9.3        | De organisatorische context   | 175        |
| <b>10.</b> | <b>Het onderzoek in een bredere context geplaatst</b>                           | <b>178</b> |
| 10.1       | Onderzoek naar een behandelingsconcept  | 178        |
| 10.1.1     | Het onderzoek achteraf samengevat   | 178        |
| 10.1.2     | De oorspronkelijke onderzoekscontext  | 180        |
| 10.1.3     | De bredere theoretische context   | 182        |
| 10.2       | Klinieken en kliniekscholen   | 184        |
| 10.2.1     | Opnamebeleid  | 184        |
| 10.2.2     | Organisatievorm   | 186        |
| 10.3       | Conceptueel kader   | 190        |
| 10.3.1     | Behandelingsconcept   | 191        |
| 10.3.2     | Schoolconcept   | 194        |

Bijlagen 197

Literatuur 201

Samenvatting, conclusies, aanbevelingen 215

Summary 221

Curriculum vitae 227



# Dankwoord

Dit onderzoek is mede gebaseerd op gesprekken met vakmensen over hun dagelijks werk. In alle benaderde instellingen was men bereid hiervoor mensen vrij te maken, waarvoor mijn dank. De meewerkende instellingen worden expliciet vermeld in bijlage 2. De praktijkmensen met wie gesproken is hebben daadwerkelijk geïnvesteerd in dit onderzoek. Zij hebben de discussie niet geschuwd en waren ook bij de beoordeling van de samenvattingen achteraf kritisch en kundig. Het was een voorrecht om deze gesprekken te voeren.

Op twee momenten in het onderzoek hebben Prof.Dr L.M. Stevens en Dr J.W. Veerman zich als externe deskundigen over het verloop van het onderzoek gebogen. Hun belangeloze medewerking heeft tot een verdere ordening geleid. Hun kritische waardering van het geheel vormde voor mij en voor de beide promotoren een belangrijke toetssteen.

Prof.Dr F.C. Verhulst heeft op afdelingsniveau ruimte gemaakt voor dit onderzoek. Zijn overtuiging dat (ik citeer) "onderzoek op de vierkante centimeter" noodzakelijk is voor de verdere ontwikkeling van intensieve behandelingsvormen was voor hem reden genoeg om een onderzoeksvorm toe te laten die sterk afwijkt van de door hem gehanteerde methoden. Dit strekt hem tot eer. Ik hoop dat het resultaat zijn verwachtingen overtreft.

Prof.Dr K. Doornbos en Prof.Dr R.W. Trijsburg wil ik graag voor eenzelfde openheid bedanken.

In dit dankwoord mogen de medewerkers van de kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek van het Sophia Kinderziekenhuis niet ontbreken. Onze kliniek is een boeiende werkplek, waar het begrip 'education permanente' een even vanzelfsprekende als meeslepende invulling heeft gekregen. Ik leerde en leer ontzettend veel van het denken dat zich telkens opnieuw rond individuele kinderen ontwikkelt. Men heeft in de kliniek ruimte gemaakt voor en meege werkt aan dit onderzoek en de zusteronderzoeken van Leny Rietdijk en Hedy van Loon. Pieter Remmerswaal en André Mangel hebben waar nodig aan ouders toestemming gevraagd voor het gebruiken van gegevens. Bovendien waren zij bereid om voor mij in te schatten of alle kindgegevens voldoende waren geanonimiseerd. Hun medewerking en hun vertrouwen in het onderzoek hebben mij goed gedaan.

Educatieve therapie is ontwikkeld in samenwerking met de leerkrachten van de interne school-SKZ. In het onderzoek zijn de juffen stap voor stap mijn klankbord geweest. Daarnaast hebben zij mee vorm gegeven aan een aantal essentiële onderdelen van het onderzoek. Annemarie Schuijs, Dini Lock, Marijke Uit de Haag en Els van Wingerden vormen nog steeds een competente ploeg waar ik graag op terugval. In het verleden heb ik veel profijt gehad van de medewerking van Maaïke van der Ster en Monique Picavé. Monique heeft mij 30 interviews lang op haar eigen nauwgezette manier vergezeld en organisatorisch en administratief ondersteund. Ik heb dit alles bijzonder gewaardeerd.

Jacqueline van de Korput, klinisch pedagoge, en Josephine Diemont, orthopedagoge, lasen het proefschrift na op taalgebruik en spelfouten. Daarnaast hebben beiden op momenten dat de twijfel toesloeg vanuit hun eigen discipline het belang van dit onderzoek onderstreept. En dat had ik nodig.

Inge Putter-Demmendaal was het met mij eens dat het onderzoeksverslag omgezet moest worden in een mooi boek. Zij heeft met veel vakvrouwship de lay-out op zich genomen. Daarnaast bleef zij ook bij de zoveelste herziening bereid om mij te stutten en te steunen. Het resultaat overziende ben ik haar zeer erkentelijk (en ook dat woord haalde zij voor mij uit de synoniemenlijst).

Maarten van den Dungen bleek met zijn kennis, ervaring en vermogen tot logisch redeneren in staat mij te leren wat praktijkgericht onderzoek inhoudt. Laag voor laag heeft hij elke methodologische geconditioneerde reflex die een verdere ordening van het onderwerp belemmerde ter discussie gesteld. Hij heeft mij daarbij vragen gesteld die ik soms pas na jaren kon beantwoorden. Ik hoop dat het eindresultaat inderdaad de onverbiddelijke logica bezit waar hij naar heeft gestreefd. Het onderzoek is voor mij ook een persoonlijk groeiproces geweest. Ik wil Maarten van den Dungen bedanken voor het respect en de wijsheid waarmee hij dat proces heeft begeleid.

Fop Verheij heeft mij geleerd wat (semi-)residentiële behandeling van kinderen met ernstige emotionele en/of gedragsproblemen inhoudt. Daarnaast is het zijn verdienste dat de kliniek inhoudelijk en organisatorisch een geschikte context is voor praktijkgericht onderzoek. We delen de fascinatie voor cognitieve en/of leerproblemen bij kinderen met ernstige emotionele en/of gedragsproblemen. Dit onderzoek vormt het zoveelste resultaat van een samenwerking die al twaalf jaar lang uitstekend bevalt. Fop, in jouw visie past het niet om naar collega's toe persoonlijke opmerkingen te maken en daar wil ik in dit dankwoord maar lekker gebruik van maken. Ik bedenk wel een leuke grap voor ons volgende wekelijks overleg.

Jan Slappendel is in het hele onderzoek de meest continue factor geweest. Hij was bereid tot eerlijke afspraken over werk en zorg voor onze kinderen. Dat was een voorwaarde voor dit onderzoek. Hij heeft echter vooral een inhoudelijke rol gespeeld in dit onderzoek.

Onze dagelijkse gesprekken over zijn werk en het mijne, over de relatie tussen theorie en praktijk, vormen de basis van dit onderzoek. Het feit dat hij (ook wanneer ik het niet meer zag zitten) uiterst consequent bleef redeneren en inhoudelijke elementen logisch ordende heeft mij over menig dood punt in het onderzoek heen geholpen.

Jan, we hebben het gered!



# Inleiding

## Algemeen

Wanneer bij een kind met ernstige emotionele en/of gedragsproblemen een (semi-)residentiële opname noodzakelijk is, is het kind meestal vastgelopen in zijn drie leefmilieus: thuis, bij zijn leeftijdgenoten en op school. Sommige kinderen zijn er nog nooit in geslaagd om zich in enige vorm van onderwijs te handhaven. Schoolprestaties kunnen negatief beïnvloed worden door de emotionele en/of gedragsproblemen, maar ook cognitieve en/of leerproblemen zullen bij een aantal van deze kinderen een rol spelen. Schoolbezoek is voor kinderen die (semi-)residentieel behandeld worden voor ernstige emotionele en/of gedragsproblemen een probleemgebied.

Schoolbezoek is om deze reden voor de behandelende instelling ook een belangrijk aspect van de behandeling. De aanpak op school mag niet interfereren met de behandeling en zou zelfs versterkend of aanvullend moeten werken. Behalve onderwijsargumenten op zich zullen ook behandelingsargumenten bepalend zijn voor de aanpak op school.

Bij de opvang van en behandelingsplanning voor kinderen met ernstige emotionele en/of gedragsproblemen op school kan worden teruggevallen op twee verschillende kennisdomeinen: theorieën over de aanpak van leerproblemen en leerstoornissen en theorieën over de aanpak van ernstige emotionele en gedragsproblemen. De kennis die op beide gebieden verzameld is laat zich echter moeilijk combineren. Bij theorieën over de aanpak van leerproblemen en leerstoornissen wordt voorondersteld dat het kind emotioneel in staat en bereid is om mee te werken. Dit zal bij het kind met ernstige emotionele en/of gedragsproblemen vaak niet het geval zijn. Theorieën over aanpak en begeleiding van kinderen met ernstige emotionele en/of gedragsproblemen zijn meestal toegespitst op het thuismilieu of op een therapeutische situatie. De toepasbaarheid van die theorieën in een schoolsituatie is (anders dan in een individuele behandelingsituatie) beperkt.

Het is vaak onmogelijk om het kind schoolse kennis en vaardigheden te laten verwerven zolang er nog ernstige emotionele en/of gedragsproblemen aanwezig zijn. Wachten totdat de emotionele en/of gedragsproblemen tot een hanteerbaar niveau zijn teruggebracht zodat onderwijs mogelijk wordt leidt tot grote achterstanden in schoolse vaardigheden. Met dit dilemma wordt iedere

instelling voor (semi-)residentiële behandeling van kinderen met ernstige emotionele en/of gedragsproblemen geconfronteerd.

In de praktijk zijn als reactie op dit dilemma werkvormen ontstaan die de beperkingen van bestaande theoretische modellen overstijgen. Op basis van kennis, intuïtie en ervaring ontwikkelden individuele mensen strategieën om kinderen met ernstige emotionele en/of gedragsproblemen op te vangen en te begeleiden in een schoolse situatie. Onderwijs aan kinderen die opgenomen zijn in een instelling voor intensieve behandeling van emotionele en/of gedragsproblemen vindt plaats onder allerlei verschillende noemers. Er kan sprake zijn van een vorm van samenwerking met diverse typen van speciaal onderwijs. Op een aantal plaatsen is gekozen voor een interne school. In een enkele instelling wordt teruggevallen op een eigen afdeling educatieve therapie in plaats van op een erkende vorm van onderwijs. In alle gevallen gaat het om in de praktijk gegroeide werkvormen en het is onduidelijk in hoeverre er verschillen dan wel overeenkomsten bestaan tussen de diverse werkvormen.

Op de interne school van de kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek van het Sophia Kinderziekenhuis (verder aangeduid als interne school-SKZ) is in een periode van vijftien jaar een vaste manier van werken uitgekristalliseerd die wordt getypeerd als educatieve therapie. Het begrip educatieve therapie wordt gebruikt wanneer er sprake is van een schoolse opvang waaraan vorm gegeven wordt vanuit een (semi-)residentieel behandelingsmilieu voor kinderen met ernstige emotionele en/of gedragsproblemen (Ekstein, 1971; Verheij, 1989c). Er bestaan geen inhoudelijke beschrijvingen van educatieve therapie. Het begrip is nergens afgegrensd of onderscheiden van de verschillende vormen van speciaal onderwijs. Het aanbieden van schoolse kennis en vaardigheden binnen een omgeving die een aantal niet-schoolse kenmerken heeft staat in iedere vorm van educatieve therapie centraal. Educatieve therapie onderscheidt zich daarmee van 'vocational therapy'. Met 'vocational therapy' wordt vaak een voorbereiding op beroepsuitoefening bedoeld en geen schools leerproces in de gebruikelijke zin van het woord. 'Vocational therapy' is meestal bedoeld voor jeugdigen (Forness, 1983). Een soortgelijke accentverlegging voor kinderen in de leeftijd van de basisschool wordt vaak aangeduid als activiteitentherapie.

- De manier waarop in de kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek van het Sophia Kinderziekenhuis vorm gegeven wordt aan educatieve therapie vormt het uitgangspunt van dit onderzoek. Het eerste doel van het onderzoek is een verdere ordening van deze werkvorm. Daarnaast levert beschrijving en afgrenzing van deze specifieke werkvorm informatie op over belangrijke dimensies waarop verschillende uitwerkingen van onderwijs aan kinderen met ernstige emotionele en/of gedragsproblemen van elkaar kunnen verschillen.

## De interne school-SKZ

Het onderzoek is uitgevoerd vanuit een specifieke onderzoekscontext (de interne school-SKZ) waar de onderzoekster als schoolpsycholoog sedert 1985 werkzaam is.

Voor een goed begrip van het onderzoeksverslag is een beknopte beschrijving van de manier van werken in de interne school-SKZ in deze inleiding op zijn plaats.

Op de interne school-SKZ werken drie leerkrachten en een remedial teacher. De leerkrachten zijn afgestudeerd aan de PABO en bezochten of bezoeken vaak een aanvullende opleiding voor remedial teaching of speciaal onderwijs. In samenspraak met de chef de clinique (een kinder- en jeugdpsychiater) en de schoolpsycholoog geven zij vorm aan de aanpak op school. De leerkrachten worden in een tijdsbestek van ongeveer een jaar opgeleid voor deze specifieke werkplek. De opgenomen kinderen ervaren de interne school-SKZ als een 'eigen' school met echte juffen.

Alle opgenomen kinderen bezoeken als onderdeel van de (semi-)residentiële behandeling voor korte of langere tijd de interne school-SKZ. Aangezien externe schoolplaatsing volgt zodra het kind daartoe in staat is, bezoekt op elk moment gemiddeld tweederde van de opgenomen kinderen de interne school-SKZ. De leeftijd varieert van 4 tot 15 jaar. Deze kinderen krijgen allemaal de leerstof van de basisschool aangeboden. Een kind dat dit niveau overstijgt kan niet structureel worden opgevangen op de interne school-SKZ. In de periode van 1979 tot en met 1992 werden 93 kinderen opgenomen. Voor het merendeel van de kinderen (52 kinderen) werd door de laatste school voor opname aangegeven dat er voornamelijk sprake was van ernstige emotionele en/of gedragsproblemen. Deze kinderen zaten op een basisschool, een school voor voortgezet onderwijs of op een school voor ZMOK. (Als bijlage 1 is een overzicht opgenomen van de gebruikte afkortingen voor scholen voor speciaal onderwijs.) Bij een tweede groep kinderen (22 kinderen) was reeds bij opname duidelijk dat leerproblemen en/of cognitieve stoornissen een rol speelden naast de emotionele en/of gedragsproblemen. Deze kinderen kwamen van diverse scholen voor speciaal onderwijs (school voor LOM/MLK/ZMLK/PI-school/school voor spraak-taalgestoorden). Een derde groep van 19 kinderen had nog niet op school gefunctioneerd. Zij waren nog niet leerplichtig en bezochten niet de jongste kleutergroep, ze kwamen van een MKD waar ze vaak niet deelgenomen hadden aan de klassikale werkvormen of ze waren vastgelopen binnen een IOBK-afdeling. Bij deze groep kinderen moest schoolvoorwaardelijk gedrag nog volledig opgebouwd worden.

Op de interne school-SKZ wordt het schoolsysteem verregaand aangepast aan het kind op een manier die binnen het speciaal onderwijs meestal niet mogelijk is. Ter verduidelijking kan een aantal concrete voorbeelden gegeven worden:

- duur en frequentie van het schoolbezoek worden per kind aangepast door leertijden in te roosteren in de vorm van een aantal hele of halve dagdelen per week of desnoods één of meer kwartieren per keer;
- de eisen die binnen het basisonderwijs of het speciaal onderwijs gesteld worden aan de sociale vaardigheden van het kind worden drastisch verminderd en/of ondervangen. Volledig individugericht werken in een groepje van maximaal vier à zes kinderen is regel. Zo nodig werkt het kind alleen bij een remedial teacher. Alle contacten tussen de kinderen onderling worden door volwassenen gereguleerd. Klassikale werkvormen en klassikale instructies komen niet of nauwelijks voor;
- de leerstof wordt helemaal aangepast aan het individuele kind. Alle gangbare methoden zijn beschikbaar, desnoods wordt voor het kind nieuw materiaal gemaakt. Ieder kind werkt op een individueel niveau en in zijn eigen tempo;
- de overgang van het leefgroepmilieu naar het schoolmilieu wordt aanvankelijk stap voor stap gemaakt en zo klein mogelijk gehouden. Een duidelijke ordening op school in het verlengde van wat er in de leefgroep gebeurt, een geleidelijke opbouw van de perioden die het kind op school is en dus afwezig in de leefgroep en strikte afspraken tussen leerkrachten en leefgroepmedewerkers met betrekking tot het beleid wanneer het gedrag van het kind in de klas niet meer te hanteren is, moeten daaraan bijdragen.

Dergelijke niet-schoolse maatregelen moeten een beginsituatie scheppen waarbinnen het kind opnieuw of voor het eerst schools kan gaan functioneren.

Voor de kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek van het Sophia Kinderziekenhuis is de interne school een integraal onderdeel van de behandeling. Wanneer deze gespecialiseerde opvang niet meer geïndiceerd is zal het kind een externe school gaan bezoeken. De meeste kinderen vertrekken na een periode van gemiddeld twee jaar naar een externe school, terwijl de opname nog doorloopt. Voor de ontvangende onderwijsinstelling is de interne school-SKZ een brug tussen de (semi-)residentiële behandeling en extern onderwijs; een interne school met een schakelfunctie.

## **Opbouw van de dissertatie**

Deze dissertatie over educatieve therapie kent de volgende opbouw.

In hoofdstuk 1 wordt de theoretische achtergrond geschetst van waaruit vorm gegeven wordt aan het handelen op de interne school-SKZ. De manier waarop deze werkvorm zich in de praktijk ontwikkeld heeft en de theoretische keuzen die daaraan gekoppeld zijn vormen een inleiding op de probleemstelling van dit onderzoek.

In hoofdstuk 2 wordt uiteengezet hoe het behandelingsconcept achter een bestaande werkvorm via gerichte onderzoeksactiviteiten benaderd kan worden



voor theorievorming. De methodologische consequenties van de keuze voor onderzoek naar behandelingsprocessen die zich in de praktijk afspelen worden besproken.

In hoofdstuk 3 wordt het behandelingsconcept van de interne school-SKZ verkend aan de hand van statusonderzoek bij een aantal kinderen dat opgenomen is geweest in de kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek van het Sophia Kinderziekenhuis. Het hoofdstuk besluit met een aantal conclusies over de manier van werken op de interne school-SKZ.

In hoofdstuk 4 wordt verslag gedaan van het schoolverleden van tien kinderen die opgenomen zijn (geweest) in de kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek van het Sophia Kinderziekenhuis. Door de aanpak op de laatste school voor opname te vergelijken met de manier van werken op de interne school-SKZ moet duidelijker worden wat specifiek is aan de combinatie van onderwijs aan en behandeling van kinderen met ernstige emotionele en/of gedragsproblemen.

In hoofdstuk 5 wordt verslag gedaan van interviews met medewerkers van alle kinderpsychiatrische klinieken in Nederland. Praktijkwerkers van deze klinieken hebben geprobeerd om vanuit eigen ervaringen te beschrijven hoe vorm gegeven wordt aan de schoolse opvang van de opgenomen kinderen. Dit leidt tot verder inzicht in de verschillende keuzen (die vaak impliciet gemaakt werden) voor een bepaalde vorm van onderwijs aan kinderen met ernstige emotionele en/of gedragsproblemen.

In hoofdstuk 6 worden de resultaten van de drie onderzoeksactiviteiten geïntegreerd in een voorlopig behandelingsconcept voor de interne school-SKZ.

In hoofdstuk 7 komt een eerste evaluatie van het behandelingsconcept aan de orde. Nagegaan wordt in hoeverre de kinderen die op dat moment de interne school-SKZ bezoeken te beschrijven zijn binnen het behandelingsconcept.

In hoofdstuk 8 wordt verkend in hoeverre de verbeterde versie van het behandelingsconcept toe te passen is in andere (semi-)residentiële instellingen waar onderwijs gegeven wordt aan kinderen met ernstige emotionele en/of gedragsproblemen.

In hoofdstuk 9 worden alle gegevens uit het onderzoek geïntegreerd in een beschrijving van educatieve therapie als een eigen vakgebied.

In hoofdstuk 10 worden algemene conclusies geformuleerd ten aanzien van het onderwerp van onderzoek en het onderzoeksproces. De resultaten van het onderzoek worden geplaatst binnen recente ontwikkelingen ten aanzien van (speciaal) onderwijs en (semi-)residentiële behandeling.



# 1 Kinderen met ernstige emotionele en/of gedragsproblemen op school

In hoofdstuk 1 wordt de probleemstelling van het onderzoek ingeleid door theoretische ontwikkelingen en de praktische manier van werken binnen de interne school-SKZ naast elkaar te plaatsen.

In subhoofdstuk 1.1 worden theoretische ontwikkelingen beschreven die een rol gespeeld hebben bij de vormgeving aan het behandelingsproces op de interne school-SKZ. Visies op kinderen met ernstige emotionele en/of gedragsproblemen en op kinderen met leerproblemen en/of leerstoornissen worden beschreven.

In subhoofdstuk 1.2 wordt beschreven op welke scholen kinderen met ernstige emotionele en/of gedragsproblemen te vinden zijn. Aan de hand van literatuur en aan de hand van veranderingen op de interne school-SKZ in de afgelopen tien jaar zal een veranderende visie op onderwijs aan kinderen met ernstige emotionele en/of gedragsproblemen duidelijk gemaakt worden.

## 1.1 De groei naar multicausale verklaringsmodellen

### *1.1.1 Kinderen met ernstige emotionele en/of gedragsproblemen*

Het ontstaan van ernstige emotionele en/of gedragsproblemen is lange tijd verklaard vanuit het 'main-effects model' (Cicchetti, 1984). De emotionele en/of gedragsproblemen werden toegeschreven aan één of meer duidelijke oorzaken. Er zou sprake zijn van lineair causale verbanden.

In het begin van de eeuw werd daarbij vooral gedacht aan erfelijkheidsfactoren. Aan het eind van de jaren twintig trad een verschuiving op van deze biologische oriëntatie naar aandacht voor emotionele factoren en in de jaren veertig ook voor sociale factoren. De moeder-kindrelatie, het contact tussen kind en ouders en uiteindelijk het hele gezin kwamen centraal te staan bij diagnostiek en behandeling. Deze psycho-sociale centrering ging gepaard met een nagenoeg verdwijnen van aandacht voor de biologische factoren (Verheij, Van Doorn, 1989). In de jaren tachtig kregen de biologische determinanten van emotionele en/of gedragsproblemen weer een groter accent. Ticsyndromen, dwangsyndromen, aandachtsstoornissen, hyperactiviteit en de pervasieve ontwikkelingsstoornissen zijn uitgebreid onderwerp van onderzoek geweest.

Voorbeelden daarvan in Nederland zijn het psychofysiologisch en neurochemisch onderzoek van Van Engeland (1980), Minderaa (1985), Buitelaar (1991) en Gunning (1992).

Onderzoek naar risicofactoren met betrekking tot emotionele en/of gedragsstoornissen (Williams, Anderson, McGee, Silva, 1990), het duidelijk worden van de grote diversiteit aan negatieve effecten van kindermishandeling (Frisch, Rhoads, 1982; Verheij, 1990) en onderzoek naar protectieve factoren (Rutter, 1983; Berden, 1992) maakten toenemend duidelijk dat lineair causale verklaringen niet voldoen. Het gaat niet om één of meer risicofactoren in het kind of in de opvoedingsomgeving, maar om het cumulatieve effect van interacties tussen risicofactoren in kind en risicofactoren in diens omgeving in wisselwerking met de beschermende factoren (Stevens, 1987a). Een groeiend inzicht in de hoeveelheid van factoren die een rol speelt bij het ontstaan van emotionele en/of gedragsproblemen leidde tot de noodzaak om te komen tot een nieuw theoretisch kader waarin bruikbare inzichten uit vorige perioden bewaard worden en geïntegreerd raken in een nieuw model. Er ontstond behoefte aan een bio-psycho-sociaal model (Sanders-Woudstra, Minderaa, Verheij, 1982; Cicchetti, 1984) als omvattend denkkader voor het verklaren van ernstige emotionele en/of gedragsproblemen.

Analoog aan het denken over de oorzakelijkheid van ernstige emotionele en/of gedragsproblemen is er ook ten aanzien van de verschijningsvorm van deze problemen steeds meer zicht gekomen op de samengesteldheid van problematiek. Termen als 'multi problem child', 'mixed disorder' of co-morbiditeit kwamen in de literatuur naar voren.

Met deze termen kan bedoeld worden dat bij kinderen met ernstige emotionele en/of gedragsproblemen diverse diagnoses of classificaties voor emotionele en/of gedragsproblemen van toepassing zijn (Riddle, 1989; Williams, Anderson, McGee, Silva, 1990; Faigel, Doak, Howard, Siegel, 1992). Er is sprake van verschillende emotionele en/of gedragsstoornissen tegelijkertijd en naast en in interactie met elkaar. Ook wanneer bij kinderen één stoornis duidelijk op de voorgrond staat zullen symptomen optreden die gekoppeld zijn aan andere stoornissen.

Het verweven zijn van diverse soorten problemen komt in een breder kader te staan als de diagnostiek van het problematische kind niet beperkt wordt tot de emotionele en/of gedragsproblemen. Verheij (1989b) typeerde de doelgroep van een instelling voor (semi-)residentiële behandeling van kinderen als kinderen met vroege ontwikkelingsstoornissen. Het gaat daarbij om kinderen bij wie de problematiek al in de eerste drie levensjaren is begonnen. De emotionele problematiek, hoewel beschouwd als de kern van de problematiek, is nooit het enige problematische ontwikkelingsaspect. Er is meestal ook sprake van een aantal risicofactoren in de lichamelijke ontwikkeling, er zijn cognitieve en/of leerproblemen en de sociale ontwikkeling is problematisch. Ook De Wit (1993) gaf een dergelijk beeld van de kinderen die werden opgenomen in een instelling voor (semi-)residentiële behandeling van ernstige

emotionele en/of gedragsproblemen. Bij de helft van de opgenomen kinderen werden diverse cognitieve dysfuncties geconstateerd naast de emotionele en/of gedragsproblemen. Riddle (1989) stelde dat dergelijke 'mixed disorders' kenmerkend zijn voor de patiëntenpopulatie van een kinderpsychiatrische kliniek.

Onderzoeksresultaten bevestigen dat ernstige emotionele en/of gedragsproblemen vaak gecombineerd optreden met problemen in andere ontwikkelingsgebieden. Dit wordt vaker vastgesteld voor klinische samples dan bij epidemiologisch onderzoek (Livingston, Dykman, Ackerman, 1990). Kashani en Cantwell (1983) vergeleken een groep van 100 kinderen met ernstige emotionele en/of gedragsproblemen, opgenomen in een residentiële instelling, met een poliklinische controlegroep. Zij constateerden dat de combinatie van verschillende factoren en niet een specifiek kenmerk leidde tot opname. Het ging daarbij om factoren zoals de aanvankelijke symptomen, DSM-III classificaties op as I, II en III en gezinsfactoren. Woolston en Riddle (1990) gaven voor een populatie van 200 kinderen opgenomen in een kinderpsychiatrische kliniek aan dat bij 37,5% van de kinderen naast de reden van opname ook sprake was van medische problemen. Bij 62,5% van de kinderen werden duidelijke cognitieve of leerproblemen geconstateerd. Verheij (1986) deed een onderzoek naar de cognitieve ontwikkeling van kinderen, opgenomen in een kinderpsychiatrische kliniek. Hij constateerde dat er bij deze groep in vergelijking met een controlegroep van basisschoolkinderen sprake was van cognitief-structurele ontwikkelingsachterstanden. Daarnaast gaf hij aan dat voor de groep opgenomen kinderen de mate waarin zij in staat waren tot aandachtig en geconcentreerd werken sterk verschilde van de controlegroep. De emotionele en/of gedragsproblemen interfereerden met goede prestaties binnen een cognitief gerichte opdrachtsituatie. Cohen, Davine en Meloch-Kelly (1989) constateerden bij een groep kinderen die aangemeld was voor emotionele problemen dat er bij 28% van die kinderen een duidelijke spraaktaalstoornis vastgesteld kon worden. Tramontana, Hooper, Curley en Nardillo (1990) deden een standaard neuropsychologisch onderzoek bij 50 kinderen die opgenomen waren in een kinderpsychiatrische kliniek. De neurologische status van het kind bleek, meer dan IQ of demografische variabelen, een rol te spelen bij slechte schoolresultaten. Deze onderzoekers concludeerden dat bij kinderen met ernstige emotionele en/of gedragsproblemen de (vaak subtiele) leerstoornissen overschaduwde worden door de heftige gedragsproblematiek.

- Zowel vanuit de klinische praktijk, als vanuit onderzoek wordt aangegeven dat kinderen met ernstige emotionele en/of gedragsproblemen (die behandeld worden in (semi-)residentiële instellingen) vooral opvallen door de ernst en complexe samengesteldheid van de problematiek en niet zozeer door specifieke diagnoses en classificaties. De problemen die het kind heeft zullen meestal niet beperkt zijn tot de emotionele en sociale ontwikkeling. In het vervolg van deze dissertatie wordt het kind met ernstige emotionele en/of gedragsproblemen, dat behandeling in een

(semi-)residentiële instelling behoeft, gezien als een *multi problem kind*. Problemen in andere ontwikkelingsgebieden (lichamelijk, cognitief) zullen een belangrijke rol spelen bij ontstaan en verschijningsvorm van de ernstige emotionele en/of gedragsproblemen. De aanpak op de interne school-SKZ is vorm gegeven vanuit ervaringen met deze doelgroep.

### 1.1.2 Kinderen met leerproblemen en/of leerstoornissen

Evenals bij theorievorming over kinderen met ernstige emotionele en/of gedragsproblemen heeft bij theorieontwikkeling over het ontstaan van leerproblemen lange tijd het zoeken naar lineair causale verbanden centraal gestaan. Er is gezocht naar een ordening van verschillende leerstoornissen waarbij telkens één duidelijke factor in de ontwikkeling van het kind verantwoordelijk is voor de tegenvallende prestaties. Wanneer zo'n factor verondersteld wordt in de cognitieve ontwikkeling, spreekt men van een *primaire leerstoornis*: perceptuele verwerkingsproblemen op basis van neurologische dysfuncties (Cruickshank, 1989). Deze problemen hebben primair een negatief effect op de leervorderingen en sociale aanpassing. In tweede instantie zal ook de emotionele groei en aanpassing negatief beïnvloed kunnen worden. Emotionele en/of gedragsproblemen zijn een reactie op het voortdurend falen waar een kind met leerstoornissen op school mee te maken krijgt.

- Wanneer in deze dissertatie van *leerstoornissen* (learning disabilities) wordt gesproken, wordt naar dit verklaringsmodel verwezen. De term *leerproblemen* wordt in deze dissertatie gebruikt als overkoepelende term voor leerprestaties die achterblijven (underachievement) zonder dat daarmee uitspraken worden gedaan over mogelijke oorzaken.

Onderzoek naar de verschijningsvorm van leerproblemen is ook lange tijd gedomineerd door de zoektocht naar primaire leerstoornissen. Kinderen met leerproblemen of leerstoornissen die ook emotionele problemen hebben zijn uitgesloten van onderzoek (bijvoorbeeld O'Rourke, Strang, 1983; Vellutino, Scanlon, 1989). Onderzoek naar leerstoornissen leverde vele, van elkaar verschillende systemen voor subtype-classificatie op, die nauwelijks onderling vergelijkbaar zijn (Spren, 1989). Inmiddels is in toenemende mate duidelijk geworden dat, wanneer één theoretisch concept leerstoornissen lijkt te verklaren, deze verklaring slechts opgaat voor een beperkte groep kinderen. Een omvattend theoretisch kader, waarin al deze deeltheorieën in relatie tot elkaar geplaatst kunnen worden, ontbreekt (Kavale, Forness, 1985).

De leerproblemen van kinderen met ernstige emotionele en/of gedragsproblemen werden lang gezien als *secundaire leerproblemen* (Dumont, 1977). Deze leerproblemen zijn dan het gevolg van een meer primaire emotionele problematiek en niet van oorzaken gelegen in de cognitieve ontwikkeling van het

kind. Spreen (1989) noemde als mogelijke oorzaken het ontbreken van een lerend model, angst of depressie die interfereren met leren, te weinig zelfcontrole, conversieverschijnselen of het niet instructiegericht zijn. Hij stelde in een overzichtsartikel dat er in een beperkt aantal gevallen sprake is van leerproblemen die volledig verklaard kunnen worden vanuit de emotionele en/of gedragsproblemen van het kind. Een dergelijke situatie is echter uitzonderlijk en niet voldoende om het grote aantal kinderen waarbij leerproblemen en emotionele en/of gedragsproblemen samengaan te verklaren. Een dergelijk lineair causaal verklaringsmodel als algemeen verklaringsmodel is ook onwaarschijnlijk vanuit het gegeven dat ernstige emotionele en/of gedragsproblemen vaak samen gaan met cognitieve en/of lichamelijke problemen (zie paragraaf 1.1.1).

Vanuit wetenschappelijk onderzoek wordt bevestigd dat emotionele en/of gedragsproblemen en leerproblemen vaak samengaan. Rutter, Tizard en Whitmore (1970) vonden in een epidemiologisch onderzoek bij kinderen met ernstige leesproblemen drie maal zo vaak psychiatrische stoornissen als bij kinderen uit een algemene schoolpopulatie. Sanders-Woudstra en Verhulst (1989) vermeldten vanuit een grootschalig epidemiologisch onderzoek in Zuid-Holland dat kinderen in het speciaal onderwijs op de CBCL (een inventariserende vragenlijst voor gedragsproblemen) een probleemscore hadden die meer dan twee keer zo hoog ligt als de score van kinderen op de basisschool. Slechte schoolprestaties kwamen in dit onderzoek naar voren als één van de sterkste indicatoren van psychische problemen bij kinderen. Jongbloed en Gunning (1991) onderzochten de populatie van LOM-, ZMOK- en PI-scholen met behulp van gestandaardiseerde gedragsvragenlijsten en constateerden bij een hoog percentage (41-75%, afhankelijk van het schooltype) van deze kinderen ernstige emotionele en/of gedragsproblemen.

Plooi en Klompe (1992) deden een onderzoek naar verwijzingsproblemen van en zorgverbreding bij vijf scholen in de Amsterdamse binnenstad. Zij constateerden dat de emotionele en/of gedragsproblemen van de leerlingen op die scholen veel meer als probleem ervaren werden dan de leerproblemen. De gesignaleerde emotionele en/of gedragsproblemen hadden vaak direct betrekking op leergedrag (concentratieproblemen, faalangst) en daarmee ook op de leerprestaties. Timmermans (1991) stelde vanuit een onderzoeksoverzicht dat veel kinderen op het LOM- en MLK-onderwijs emotioneel-sociale problemen hebben en dat die problemen een rol gespeeld hebben bij de plaatsing binnen het speciaal onderwijs. Salyer, Holmstrom en Noshpitz (1991) vergeleken een groep kinderen die gediagnostiseerd was als leergestoord met een normale controlegroep. Bij 43% van de kinderen in de controlegroep was eveneens sprake van een presteren dat lager uitviel dan op grond van scores op de intelligentietest verwacht mocht worden. Salyer en collega's stelden dat het kritieke verschil tussen de groep leergestoorde kinderen en de normale controlegroep niet lag in de mate van onderpresteren, maar in het al dan niet gecombineerd zijn van dat onderpresteren met emotionele en/of gedragsproblemen.

Leerproblemen en ernstige emotionele en/of gedragsproblemen gaan kennelijk vaak samen zonder dat er duidelijke en/of lineair causale verklaringen voor beschikbaar zijn. Hinshaw (1992) gaf in een overzichtsartikel aan dat de overlapping tussen emotionele en/of gedragsproblemen en cognitieve problemen vaak al bestaat voordat het aanvankelijk leren een rol gaat spelen. Hij zette daarom vraagtekens bij de verklaring dat leerstoornissen secundair leiden tot emotionele en/of gedragsproblematiek. Spreen (1989) probeerde binnen een monocausaal verklaringsmodel te blijven door te veronderstellen dat er sprake is van een neurologische dysfunctie die zowel verantwoordelijk is voor de leerstoornis als voor de emotionele en/of gedragsproblemen. Hij constateerde echter dat ook in dat geval ieder individu onder invloed van andere externe factoren tot een eigen leerprobleem zal komen.

Ysseldyke, Algozinne en Thurlow (1992) stelden dat de verschijningsvorm van de leerproblemen van kinderen die geclassificeerd worden als 'learning disabled', 'mentally retarded' en 'emotionally disturbed' nauwelijks van elkaar verschilt. Forness en Kavale (1993) gaven eenzelfde overlapping voor een aantal verschillende stoornissen (ADHD, hersentrauma, de gevolgen van zwangerschapsverslavingen en fragiele X-syndroom) en de gevolgen daarvan voor de speciale voorzieningen die het kind nodig heeft op school ('special needs'). Zij benadrukten dat er binnen ieder probleem een grote variabiliteit aan symptomen en ernst daarvan kan bestaan, terwijl er tegelijkertijd sprake is van een groot aantal vergelijkbare kenmerken tussen de verschillende stoornissen. Ook Spreen (1989) constateerde aan het eind van zijn artikel dat het grote aantal intrinsieke en extrinsieke factoren dat een rol speelt bij de uiteindelijke verschijningsvorm van leerproblemen het onmogelijk maakt om het individuele geval vanuit subtypering te verklaren. Hynd (1989) stelde dat ieder kind met een specifieke leerstoornis een uniek patroon van vaardigheden en problemen laat zien en dat leerstoornissen variaties vertonen onder invloed van intelligentie, leeftijd en behandeling.

Deze onderzoeksbevindingen en uitspraken leiden tot een pleidooi voor de ontwikkeling van interactiemodellen voor het verklaren van leerproblemen. Stevens (1983) pleitte er in zijn inaugurele rede voor om leerproblemen te zien als open problemen: problemen die moeilijk tot hun determinanten te herleiden zijn met de nodige onzekerheid over de aanpak als gevolg. "Met het losmaken van het leren in school uit de eenheid van de ontwikkelingsgang van het kind, uit de eenheid van de opvoeding, respectievelijk het verloop in de tijd van de interactie tussen kind en omgeving en daarmee het duiden van leerproblemen in school als een didactisch, onderwijskundig probleem, blijft er een schamel en voor een deel oneigenlijk kader voor de interpretatie van leerproblemen over en ontzeggen we ons waarschijnlijk voor een essentieel deel handelingsmogelijkheden" (Stevens 1983). Ook de Raad voor het Jeugd-beleid (1990) stelde dat leerproblemen vaak een aantal emotioneel-sociale en gedragsmatige aspecten bevatten en dat daarom een benadering die zich



voornamelijk richt op didactische aspecten onvoldoende is. Silver en Hagin (1990) redeneren in eenzelfde lijn wanneer zij ervoor pleiten om te spreken van leerproblemen bij alle kinderen die, gezien hun leeftijd en hun intelligentie, lager presteren op school dan verwacht mag worden.

- Vanuit de opinies van deskundigen en vanuit wetenschappelijk onderzoek kan de volgende visie worden samengevat: Leerstoornissen worden niet verklaard vanuit een enkelvoudig, maar in een breder perspectief, waarin bij de interpretatie ruimte gelaten wordt voor de invloed van de wisselwerking tussen kind en omgeving (Van Peer, 1991). Er zijn geen lineaire oorzaak-gevolg relaties te onderscheiden, omdat een groot aantal factoren in de loop van de tijd invloed uitoefent op het uiteindelijke beeld (Spreen, 1989). Emotionele en/of motivationele factoren kunnen een centrale rol spelen bij veel leerproblemen, hetzij als oorspronkelijke oorzaak, hetzij als versterkende factor (Deci, Chandler, 1986; Adelman, Taylor, 1983).

Wanneer geaccepteerd wordt dat leerproblemen in de loop van de tijd uitgroeien tot een specifieke verschijningsvorm per kind op basis van een samenspel van kindkenmerken en contextvariabelen heeft dat duidelijke consequenties voor het diagnostische proces bij kinderen met leerproblemen. Door Verheij en Van Doorn (1992) werd een stapelingsmodel uitgewerkt. Als een kind ernstig disfunctioneert op school kunnen er problemen een rol spelen in de diverse ontwikkelingsgebieden (lichamelijk, cognitief, emotioneel en sociaal), het kind kan onvoldoende op school geweest zijn of op een school die voor dat kind niet geschikt was. Als het kind niet voldoet aan de didactische of emotioneel-sociale leervoorwaarden die vanuit school gehanteerd worden, ontstaat ook een verkeerd leerproces. Mogelijk zijn er problemen wat betreft de combinatie leerkracht-leerling, is het gehanteerde lesmateriaal niet geschikt voor dat kind of past het kind niet in de lerende groep. Deze stapeling van factoren bepaalt uiteindelijk het leerniveau en het klasgedrag van het kind.

- Eenduidige causale verklaringsmodellen volstaan niet om de interacties tussen leerproblemen en emotionele en/of gedragsproblemen te ordenen. Ook wanneer bij een kind sprake is van een specifieke leerstoornis zal dit gegeven ingepast moeten worden in een breder verklaringsmodel waarin voor dat kind alle relevante kindkenmerken en contextvariabelen een plaats krijgen. Vanuit deze visie wordt op de interne school-SKZ vorm gegeven aan een diagnostisch proces per kind.

## 1.2 Kinderen met ernstige emotionele en/of gedragsproblemen op school

### 1.2.1 Type onderwijs

De combinatie van leerproblemen en emotionele en/of gedragsproblemen is een duidelijk gegeven. Bij de inrichting van het speciaal onderwijs heeft echter het lineair causaal denken en daaraan gekoppeld het leggen van een groot accent op afwijkende cognitieve ontwikkeling en primaire leerstoornissen een grote rol gespeeld.

Dit is in de Amerikaanse situatie het duidelijkst te herkennen. In de Verenigde Staten wordt de groep kinderen met ernstige emotionele en/of gedragsstoornissen [Serious Emotional Disturbance (SED)] als een aparte categorie binnen het speciaal onderwijs gezien. De criteria die voor deze groep beschreven zijn, zijn onduidelijk geformuleerd en vertonen weinig overeenkomst met theoretische opvattingen over emotionele problemen in de basisschoolleeftijd (Forness, Kavale, 1989). De combinatie van emotionele en/of gedragsproblemen met cognitieve problemen wordt door de bestaande indeling uitgesloten. Ysseldyke, Algozine en Thurlow (1992) gaven aan dat in de Verenigde Staten ruim 8% van de kinderen in het speciaal onderwijs thuishoort in de SED-categorie. Zij verwachten dat deze categorie van probleemkinderen de komende jaren het snelst zal groeien. De huidige discussie in de Verenigde Staten over een eventuele nieuwe categorie van speciaal onderwijs voor kinderen met een ernstige aandachtsstoornis (Ysseldyke, Algozine, Thurlow, 1992) duidt erop dat inrichting van het speciaal onderwijs in de Verenigde Staten volgens theoretische modellen uitgaande van lineair causale verbanden nog niet is afgesloten.

In Nederland is een aanzienlijk deel van de kinderen met emotionele en/of gedragsproblemen terug te vinden in het ZMOK-onderwijs (aanpak van de gedragsproblemen staat centraal) of het LOM-onderwijs (aanpak van de leerproblemen staat centraal). Wanneer de emotionele en/of gedragsproblemen samengaan met een lage IQ-score zal het MLK-onderwijs in aanmerking komen. Wanneer de emotionele en/of gedragsproblemen als ernstig benoemd worden, zal (naast de ZMOK-school) plaatsing op één van de scholen verbonden aan een Pedologisch Instituut in aanmerking komen. Die scholen voor LZK (langdurig zieke kinderen), waarop alleen kinderen geplaatst worden met een kinderpsychiatrische indicatie, hebben een vergelijkbare populatie, doelstelling en werkwijze (Van Rijswijk, Van den Berg, 1991). Deze drie typen van speciaal onderwijs (LZK/ZMOK/PI) werden ook door de ARBO (adviesraad voor het basisonderwijs, speciaal onderwijs en voortgezet speciaal onderwijs) in één adem genoemd als het gaat om onderwijs aan kinderen met een psychiatrische problematiek (ARBO, 1991).

Naar schatting maakt 20 à 25% van de kinderen in het speciaal onderwijs tevens gebruik van een (semi-)residentiële voorziening voor jeugdhulpverlening (Timmermans, 1991). Andersom bekeken blijkt dat 50% van de langdu-

rig op zorg en behandeling aangewezen kinderen en jeugdigen ook speciaal onderwijs volgt (Kapinga, Schut, 1990; Raad voor het Jeugdbeleid, 1990).

### *1.2.2 Manier van werken op school*

Aan het onderwijs aan kinderen met ernstige emotionele en/of gedragsproblemen is lange tijd vorm gegeven vanuit 'main-effects modellen'. De emotionele en/of gedragsproblemen staan dan in de school centraal en de leerproblemen zijn secundair. Roozendaal (1989) omschreef een dergelijke visie als volgt: "Het storend gedrag vormt een belemmering voor de opvoeding en dus ook voor het leren. Hieruit wordt dan de conclusie getrokken dat voor deze kinderen primair aandacht nodig is voor pedagogische hulpvragen, om later nog met enig succes didactische hulp te kunnen bieden". Binnen een dergelijk model hebben twee invalshoeken centraal gestaan: relatievorming en gedragsregulatie (Hewett, 1972; Baenen, Stephens, Glenwick, 1986).

Deze twee invalshoeken en de uitwerking daarvan in verschillende (semi-) residentiële instellingen worden achtereenvolgens besproken. Daarna komt, als derde invalshoek, aan de orde hoe de aandacht in theorie en praktijk verschoven is naar het schools leerproces op zich bij kinderen met ernstige emotionele en/of gedragsproblemen.

Vanuit psychoanalytische behandelingskaders stond bij onderwijs aan kinderen met ernstige emotionele en/of gedragsproblemen relatievorming centraal. Onderwijs uitgaande van deze visie werd door Hewett (1972) beschreven als een psychodynamische relatiebevorderende strategie: het kind wordt geaccepteerd zoals het is en het ontwikkelen van een goede leerkracht-leerlingrelatie staat centraal. Formele onderwijsdoelstellingen zijn daarbij van secundaire betekenis. De leerkracht is een therapeutisch onderwijzer; intuïtie en artisticiëit zijn belangrijker dan pedagogiek en didactiek. Relatievorming tussen het kind en een volwassene wordt als voorwaarde gezien voor een leerproces.

Op de interne school-SKZ is in eerste instantie (jaren zeventig) gekozen voor een dergelijke benadering. Er werd voornamelijk gewerkt in één-op-één situaties. De opgenomen kinderen kregen iedere week een aantal uren individueel les van één van de leerkrachten. De emotionele band die opgebouwd werd tussen kind en leerkracht stond daarbij centraal. De emotionele belevingen van het kind speelden een grote rol in de lessen. Het interne onderwijs was gericht op de relatie met het kind en de keuze die het kind maakte om al dan niet te leren (Bröker, Van de Heijden, 1978).

Een dergelijke benadering is uitgewerkt door Bettelheim en Zelan (Bettelheim, Zelan, 1991; Zelan, 1991). Daarbij gebruiken zij de term 'inactive learner'. Centraal staat de betekenisverlening door het kind. Het streven is om het kind via psychotherapie een andere houding te laten verwerven ten opzichte van kennisverwerving en schoolse vaardigheden.

Vanuit de gedragstherapeutische invalshoek lag in de benadering van het schools leerproces van kinderen met ernstige emotionele en/of gedragsproblemen de nadruk op het aanleren van adequaat schools gedrag. School werd een duidelijk omschreven apart onderdeel van de totale behandeling, waar naast de algemene behandelingsdoelen het aanleren van schools gedrag en schoolse vaardigheden een belangrijke rol speelde. Hewett (1972) sprak over de gedragsveranderingsstrategie.

Op de interne school-SKZ leidde de overgang van relatievorming als primair aandachtspunt naar aanleren van adequaat schools gedrag als eerste behandelingsdoel tot duidelijke veranderingen in de organisatiestructuur. De basisschool kwam model te staan voor het aan te leren gedrag. Het onderwijs werd gegeven in groepjes, waarbij met ieder kind op zijn eigen niveau gewerkt werd (Bröker, Van de Heijden, 1978). Om de kinderen meer gericht te kunnen beïnvloeden wat hun schools presteren betreft, moesten er manieren gevonden worden om het probleemgedrag dat daarmee interfereert te reguleren of te omzeilen. Daartoe werd er een intensieve samenwerking opgebouwd tussen de leerkrachten van de interne school-SKZ en de andere disciplines (met name de leefgroepmedewerkers). Gedragsexplosies bijvoorbeeld die telkens onverwacht de gang van zaken in de klas verstoorde werden door dat samenspel steeds meer voorkomen of bewust gebruikt voor de behandeling van het desbetreffende kind.

Mayer en Blum (1971) beschreven voor een grote residentiële instelling in de Verenigde Staten dezelfde twee invalshoeken bij vormgeving van het onderwijs, die elkaar in dezelfde volgorde hebben afgewisseld. Ook Farley (1991) beschreef deze twee oriëntaties bij de ontwikkeling van een dagbehandelingsprogramma. Silver en Hagin (1990) constateerden dat gedragsregulatie nog steeds centraal staat bij onderwijs aan kinderen met ernstige emotionele en/of gedragsproblemen. Hun advies was om deze kinderen zoveel mogelijk te plaatsen in het speciaal onderwijs voor kinderen met leerstoornissen.

Het schools leerproces op zich vormt een derde invalshoek. Leerproblemen verdwijnen niet vanzelf op het moment dat de emotionele en/of gedragsproblemen onder controle zijn (Roozendaal, 1989, Glavin, Annesley, 1971). Mede onder invloed van theorieën over het ontwikkelen van competentiegevoel bij kinderen (Harter, 1978) beseft men dat van een lopend leerproces ook een helende werking kan uitgaan. Goede schoolresultaten kunnen een positief effect hebben op het verdere verloop van de behandeling. Bovendien is duidelijk geworden dat kinderen bij wie op het moment van afronding van de (semi-)residentiële behandeling sprake is van een goedlopend schools leerproces ook op lange termijn beter blijven functioneren qua gedrag en prestaties (Baenen, Stephens, Glenwick, 1986). Via de behandeling van onderliggende cognitieve problemen of via een taakanalytische aanpak werd daarom ook bij kinderen met ernstige emotionele en/of leerproblemen gericht gewerkt aan de cognitieve en/of leerproblemen teneinde een goedlopend schools leerproces op gang te krijgen.

Op de interne school-SKZ werd in dit kader begonnen met schoolhande-

lingsplannen, werd een leerlingvolgsysteem opgezet en kwamen er schoolwerkplannen voor de diverse schoolvakken. Remediërende programma's voor specifieke leerstoornissen werden een normaal onderdeel van het onderwijsleerpakket.

De opeenvolging van verschillende benaderingen die ieder op zich hun waarde in de praktijksituatie bleken te hebben heeft geleid tot een andere visie op schools leren binnen het kader van een (semi-)residentiële behandeling. De residentiële instelling is in deze visie niet alleen bedoeld voor de behandeling van ernstige emotionele en/of gedragsproblemen, maar functioneert ook als een laboratorium, waar schoolse kennis en vaardigheden bij elk kind afzonderlijk worden beschermd, uitgetoetst en verder ontwikkeld via diverse benaderingen (Hoffman, Mastrianni, 1992). Schools leren en behandeling van psychopathologie worden daarbij gezien als interacterende processen. Didactische remediërende programma's worden geïntegreerd in een bredere aanpak waarbij ook gedrag, ontwikkeling van het kind, motivationele mechanismen en omgevingsfactoren een rol spelen (Deci, Chandler, 1986). Op de interne school-SKZ is al enkele jaren geprobeerd om vanuit een dergelijke omvattende benadering vorm te geven aan de schoolse opvang van de opgenomen kinderen.

Deze ontwikkeling is in een aantal, maar niet in alle instellingen voor (semi-)residentiële hulpverlening terug te vinden. Van der Ploeg (1990) constateerde dat het werken aan cognitieve achterstanden geen duidelijk herkenbare gronddimensie vormde in de door hem onderzochte tehuizen, terwijl tegelijkertijd wel schoolproblemen bij al die tehuizen genoemd werden als één van de telkens terugkomende problemen.

- Op de interne school-SKZ wordt een omvattende benadering van leerproblemen bij kinderen met ernstige emotionele en/of gedragsproblemen in praktijk gebracht. De noodzaak van een dergelijke omvattende benadering staat in theorie en praktijk nauwelijks ter discussie. Een kader om een dergelijke benadering planmatig, doelgericht en via een expliciet beslissingsproces te laten verlopen ontbreekt echter.

### 1.3 Conclusies

Zowel bij onderzoek en theorievorming over kinderen met ernstige emotionele en/of gedragsproblemen, als bij onderzoek en theorievorming over leerstoornissen is er steeds meer zicht ontstaan op de complexe samengesteldheid van de problematiek. Theoretische verklaringsmodellen waarbij deze interactieve processen genegeerd worden volstaan niet in de praktijk.

Analoog aan de ontwikkeling van deze theoretische opvattingen zijn in de aanpak van kinderen met ernstige emotionele en/of gedragsproblemen op school duidelijke accentverschuivingen aangegeven. Relatievorming, het

aanleren van adequaat schools gedrag en een remediërende aanpak van de leerproblemen stonden achtereenvolgens centraal.

In de interne school-SKZ zijn deze verschillende invalshoeken geïntegreerd geraakt in een vaste manier van werken zonder dat teruggevallen kan worden op een omvattend denkmodel. In hoofdstuk 2 wordt uiteengezet op welke manier de aanwezige praktische kennis een basis kan vormen voor de groei van theoretisch inzicht.

## **2 Het behandelingsconcept van de interne school-SKZ als onderwerp van onderzoek**

In hoofdstuk 1 is de theoretische context beschreven waarin de specifieke manier van werken van de interne school-SKZ ontwikkeld is.

In hoofdstuk 2 wordt deze werkvorm beschreven als uitgangspunt voor theorievorming.

In subhoofdstuk 2.1 komt het waarom van een onderzoek naar de manier van werken op de interne school-SKZ aan de orde. In het verlengde daarvan wordt een vraagstelling geformuleerd. Eén en ander leidt tot een keuze voor praktijkgericht onderzoek.

In subhoofdstuk 2.2 worden de onderzoeksmethoden besproken die voortvloeien uit de onderzoeksvraagstelling. Daarna komt de voorlopige onderzoeksopzet aan de orde.

Subhoofdstuk 2.3 wordt gewijd aan de kwaliteitseisen die gesteld worden aan praktijkgericht onderzoek naar beschrijving van behandeling.

### **2.1 Het praktisch handelen als uitgangspunt**

#### *2.1.1 Maximaliseren van behandeling op $N = 1$ niveau*

De problemen waarmee de interne school-SKZ in de praktijk geconfronteerd wordt laten zich goed illustreren aan de hand van een korte casus:

Ignas is als jongen van acht jaar opgenomen in de kinder- en jeugd-psychiatrische kliniek van het Sophia Kinderziekenhuis. In zijn voorgeschiedenis is sprake van extreme verwaarlozing en mishandeling; organische beschadigingen zijn niet uit te sluiten. Op de school van herkomst was vooral het lezen problematisch. Bij diverse van zijn familieleden was sprake van ernstige leesproblemen. Psychologisch en didactisch onderzoek levert geen informatie op, omdat de gedragsproblemen van Ignas interfereren met zijn prestaties.

Ignas bezoekt de interne school van de kliniek en is daar niet in staat om een kwartier lang zelfstandig taakgericht te functioneren. Hij reageert op ieder geluid en wil steeds weten wat iedereen gaat doen en wat hem te wachten staat. Elk klein foutje in zijn werk kan een aanlei-

ding zijn voor heftige scènes, ook wanneer de leerkracht de fout negeert.

Voor het gedrag van Ignas zijn verschillende theoretische verklaringen te bedenken. Er kan sprake zijn van een concentratiestoornis op basis van een organische beschadiging. Mogelijk reageert het kind hyperalert omdat het zich basaal onveilig voelt en geen veiligheid kan ontleen aan de aanwezige volwassene. Een specifieke leesstoornis is niet uitgesloten. Ook is het denkbaar dat faalangst het kind zo onrustig maakt. En waarschijnlijk leidt een combinatie van al deze factoren tot het problematische gedrag en presteren op school.

In hoofdstuk 1 is betoogd en onderbouwd dat een combinatie van problemen binnen de diverse ontwikkelingshoofddomeinen kenmerkend is voor de kinderen die worden opgenomen in een kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek. Alles heeft met alles te maken. Een behandeling van ieder probleem op zich en alle problemen één voor één is al mislukt of zal gaan mislukken. Voor Ignas betekende de opname in de kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek een poging om via een omvattende benadering in alle milieus greep te krijgen op de samengesteldheid van zijn ontwikkelingsproblematiek. Ondanks of vanuit verschillende theoretische oriëntaties wordt gezocht naar een geïntegreerde visie op het kind (Rietdijk, Verheij, 1991). Voor de problemen op school wordt per fase van de behandeling steeds weer een nieuwe analyse gemaakt van het samenspel van lichamelijke, cognitieve, didactische, emotionele en omgevingsfactoren.

Binnen de organisatie is een aantal voorwaarden geschapen waardoor dit proces van theorievorming per kind zo systematisch en planmatig mogelijk kan verlopen. Er is een werkmodel beschreven waarmee de diverse factoren die bijdragen tot de schoolproblemen van de opgenomen kinderen geanalyseerd kunnen worden (Van Doorn, Verheij, 1988; Verheij, Van Doorn, 1991; Verheij, Van Doorn, 1992). Op basis van dit werkmodel is een schoolhandelingsplan ontwikkeld (Van der Ster, Van Doorn, 1991; Verheij, 1993). Het schoolhandelingsplan heeft een volwaardige plaats in het geheel van behandelingsplanning gekregen naast plannen voor de leefgroep, therapie en ouderbegeleiding. Een algemeen behandelingsplan per kind als uitgangspunt moet garanderen dat de uitwerking per discipline niet leidt tot tegenstrijdigheden in aanpak (Verheij, 1993). De kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek van het Sophia Kinderziekenhuis is op die manier omgevormd tot een instelling met een multidisciplinaire manier van behandelen waar theorievorming per kind door middel van deze behandelingsplanning centraal staat.

Ervaring met deze manier van werken heeft duidelijk gemaakt dat theorievorming op  $N = 1$  niveau een proces is dat vaak de gehele behandelingsperiode beslaat. Ook in de literatuur over kinderen met een combinatie van leerproblemen en ernstige emotionele en/of gedragsproblemen werd aangegeven dat longitudinale diagnostiek noodzakelijk is (Rothstein, Benjamin, Cosby,



Eisenstadt, 1988). Vaak is pas aan het einde van de behandeling duidelijk wat de bijdrage van iedere afzonderlijke factor is geweest aan het problematische beleven en gedragen en de onvoldoende prestaties op school. Behandelingsplanning en interventies kunnen daarom niet eenduidig worden afgeleid uit diagnostische gegevens en kindkenmerken. Vaak is het omgekeerde het geval: het effect van interventies maakt duidelijk in hoeverre veronderstelde achterliggende problemen bij het kind ook inderdaad aanwezig waren.

- De keuze voor multi problem kinderen als doelgroep heeft bij de kinderen jeugdpsychiatrische kliniek van het Sophia Kinderziekenhuis geleid tot een systematisering van de theorievorming per kind. Daarmee is het proces van diagnostiek en behandelingsplanning, zoals dat gedurende de gehele opname wordt gehanteerd, verder gestroomlijnd. In een longitudinaal proces wordt diagnostische kennis over het kind systematisch aangevuld met interventies waarmee verdere duidelijkheid kan ontstaan over potenties en beperkingen van het kind.

### *2.1.2 Het achterliggende behandelingsconcept*

Behandeling van Ignas heeft achteraf geleid tot een duidelijk beeld van de factoren die bijdroegen tot zijn problemen op school. Het is echter niet mogelijk om een optelsom te maken van de ervaringen met Ignas en van die met de ruim 100 andere kinderen die de interne school-SKZ bezochten. De heterogene samenstelling van de kindergroep maakte algemene uitspraken over kindkenmerken onmogelijk.

Tegelijkertijd was er bij aanvang van het onderzoek wel sprake van een gegroeide competentie op de interne school-SKZ. In concrete situaties kon steeds duidelijker worden aangegeven welke oplossingen wel en welke niet als juist werden herkend. Er waren spelregels ontwikkeld voor deze specifieke behandelingscontext. Toegespitst op Ignas: de combinatie van mogelijke problemen gaf nauwelijks handvatten voor behandeling. Door ervaring wijs geworden bestond er op de interne school-SKZ wel een ordening van behandelingsdoelstellingen die op dat moment voor Ignas haalbaar en wenselijk zouden zijn. Deze ordening was echter niet vastgelegd in algemene regels of in een concreet schema, maar werd bij Ignas (en bij ieder kind opnieuw) vertaald in een keuze voor bepaalde interventies, die niet eenduidig voortvloeiden uit de diagnostische gegevens.

- Een eerste aanname voor dit onderzoek is geweest dat kennis vanuit verschillende invalshoeken op grond van concrete ervaringen met multi problem kinderen in een specifieke behandelingscontext geordend is geraakt. Er is een min of meer samenhangend systeem van behandelen ontstaan. In dit systeem wordt de selectie van interventies niet alleen bepaald door de diagnostische gegevens van het kind, maar spelen ook

vaardigheid, kennis en klinische ervaring van de behandelaars een belangrijke rol.

Vanuit deze aanname krijgen enkele kenmerken van de organisatie een zekere logica. Wanneer een nieuwe leerkracht ingewerkt moet worden op de interne school-SKZ wordt de systematische manier van werken in een jaar en aan de hand van concrete ervaringen met kinderen overgedragen. Het systeem van overleg en verslaglegging is ontworpen voor het genereren en evalueren van ad hoc theorieën per kind.

Het systematisch handelen op de interne school-SKZ was bij aanvang van het onderzoek gebaseerd op een impliciete theorie over beoogde behandelingsprocessen. Deze theorie werd niet geverbaliseerd en was alleen indirect uit spelregels en organisatiekenmerken af te leiden. Handal (1991) sprak in navolging van Polanyi (1962) over 'tacit knowledge' en beschreef dit als kennis die vaak niet geverbaliseerd is, al handelend wordt ontdekt en overgedragen wordt in supervisie. De manier van werken op de interne school-SKZ kon nog niet getypeerd worden als een methodiek. Een methodiek is een samenhangend geheel van aanwijzingen voor het handelen gebaseerd op een theorie over het kind en een theorie over het hulpverleners (De Ruyter, 1993). Op de interne school-SKZ werd theorie over het kind op dat moment systematisch geverbaliseerd op N = 1 niveau. Het behandelingsconcept bleef echter impliciet.

Binnen de interne school-SKZ gaf het meestal geen problemen dat een geformaliseerd kennisbestand waarop het handelen gebaseerd kon worden, ontbrak. Bepaalde beslissingen waren voor het eigen team vanzelfsprekend, omdat alle deelnemers met dezelfde realiteit geconfronteerd werden en daarvoor in de praktijk gezamenlijke spelregels ontwikkeld hadden. Niet duidelijk was of die spelregels ook gebaseerd waren op een logisch en samenhangend systeem van behandelingsdoelen en middelen. Daarvoor moest eerst duidelijk zijn welk veranderingsproces werd nagestreefd, welke procedures er gevolgd werden en welke veranderingsprocessen zich afspeelden. Kazdin (1988) sprak in dat verband over het expliciteren van de conceptuele basis voor behandeling. Het was ook niet duidelijk of er ook sprake was van een eigen vakgebied, duidelijk afgegrensd van onderwijs en therapie. Een theoretische ordening van de in de praktijk gegroeide manier van werken zou het mogelijk maken om de kwaliteit en de eigen identiteit daarvan ter discussie te stellen.

De behoefte aan een meer algemene ordening van de manier van werken op de interne school-SKZ werd versterkt door de positie van de interne school als deel van een groter geheel. Telkens wanneer beslissingen ten aanzien van school binnen het multidisciplinair team moesten worden gemotiveerd, bleek hoe moeilijk het was om inhoudelijke en rationele argumenten te gebruiken ter ondersteuning van die beslissingen.

Op grond van het voorafgaande kon de volgende probleemstelling geformuleerd worden:

- Binnen de kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek van het Sophia Kinderziekenhuis bestaat de behoefte om ten aanzien van de manier van werken op de interne school-SKZ het  $N = 1$  niveau te overstijgen. Enerzijds vanuit nieuwsgierigheid, anderzijds vanuit de verwachting dat expliciteren van de opgebouwde ervaringskennis betekent dat beslissingen ten aanzien van school meer inzichtelijk gemaakt kunnen worden.

De beschrijving van de behandelingsprocessen op de interne school-SKZ op een ander niveau dan per concreet kind staat centraal. Doel van het onderzoek is een beschrijving van een in de praktijk uitgekristalliseerde manier van werken op een meer abstract niveau.

### *2.1.3 Het onderzoek naar het achterliggende behandelingsconcept*

Op de interne school-SKZ worden totaal verschillende en dynamische processen vanuit eenzelfde systematiek benaderd. Binnen het educatieve therapieteam is sprake van een gemeenschappelijke basis. Binnen het dagelijks werk bestaat niet de noodzaak om dit systeem te expliciteren anders dan in het beslissingsproces per kind. Bij aanvang van het onderzoek werd het in overlegsituaties met andere onderdelen van het behandelingsmilieu wel als storend ervaren dat er geen officieel referentiekader was waarop teruggevallen kon worden. Daardoor ontstond de vraag of gerichte onderzoeksactiviteiten de conceptuele basis van het gegroeide behandelingsstelsel (verder aangeduid als behandelingsconcept) expliciet konden maken. Een verdere inhoudelijke verkenning van het begrip behandelingsconcept was daarvoor noodzakelijk.

Het denkproces in de praktijk is niet generaliserend maar individualiserend en bestaat uit meer dan alleen het toepassen van binnen de generaliserende wetenschap ontwikkelde theorie (Van Strien, 1986). Systematisering van het denkproces op  $N = 1$  niveau is een logische consequentie van het aanvaarden van het individualiserend karakter van praktijkdenken. Voor de interne school-SKZ is echter toegelicht dat deze systematisering niet voldeed als weerslag van de gegroeide competentie. In een behandelingsconcept moet het verworven inzicht worden vastgelegd dat blijkbaar noodzakelijk is naast het toepassen van in de generaliserende wetenschap ontwikkelde theorie. De typering van een vaste manier van werken als een eclectische aanpak volstaat daarbij niet. Er is dan sprake van een rugzak vol verschillende benaderingswijzen, waarbij gekozen wordt voor een bepaalde aanpak voor een bepaalde periode zonder dat dit proces inzichtelijk of navolgbaar is voor anderen (Thomas, 1992). Motivering van beslissingen wordt dan beperkt tot een motivering voor een specifieke situatie, terwijl aannemelijk is dat kennis over groepen kinderen

wordt gecombineerd met kennis, vaardigheid en klinische ervaring ten aanzien van behandeling.

Het onderzoek naar het behandelingsconcept van de interne school-SKZ is verricht vanuit de aanname dat het denkproces per kind gestuurd wordt vanuit twee verschillende invalshoeken die complementair zijn. Enerzijds zijn er verschillende verklaringsmodellen beschikbaar die in de praktijk naast elkaar of achtereenvolgend van toepassing zijn (De Ridder, 1992). Anderzijds ontstaan er in de praktijk raamwerken waarin de verschillende benaderingen naast elkaar een plaats krijgen (Hermans, 1993). Een dergelijk raamwerk kan beschreven worden als een aanvankelijk grotendeels impliciet referentiekader, een cognitief schema dat als zodanig het behandelingsproces stuurt (De Wit, 1978). Verschillende onderzoeksstromingen leveren allemaal onafhankelijke opsommingen van kennis op. Al die opsommingen worden in de praktijk geïntegreerd tot één geheel waar alle verschillende concrete problemen een eigen plek in kunnen krijgen ('comprehensive context') (Kavale, Forness, 1985).

- De eigen waarde van praktijkkennis bestaat uit het ordenen van allerlei verschillende theorieën naast en in overlapping met elkaar, niet uit het steeds beter leren doen van voorspellingen. Zorgvuldig analyseren van wat in de praktijk plaatsvindt is dan een manier om inzicht te verwerven in de manier waarop elementen uit meer dan één denkkader een plaats krijgen: de inductieve weg vanuit de praxis (De Wit, 1978).

Vanuit het onderscheid tussen generaliserende, voorspellende theorieën en een ordenend kader kan het behandelingsconcept van de interne school-SKZ verder worden toegelicht. De regulatieve cyclus is voor ieder kind dat de interne school-SKZ bezoekt opnieuw systematisch doorlopen. Deze theorievorming per kind en de systematische neerslag daarvan in het circuit van overleg en verslaglegging werd in subhoofdstuk 2.1.1 besproken. Het verzamelen van diagnostische gegevens, het interveniëren in de wereld van het kind en het evalueren van de effecten daarvan is telkens afgewisseld door denkpauzes waarin op die activiteiten werd gereflecteerd. Bij aanvang van het onderzoek was op de interne school-SKZ een denkmal ontstaan over behandeling op school, die in de reflectieve fasen van de regulatieve cyclus werd gebruikt. Telkens wanneer voor een kind de regulatieve cyclus werd doorlopen, werd die denkmal verder gevormd en bijgesteld aan de hand van concrete ervaringen met effecten van behandeling. Deze denkmal vormt het in dit onderzoek gezochte behandelingsconcept.

Het behandelingsconcept wordt daarmee de weergave van een inzichtelijke samenhang, geen geheel van praktijkwetten of een overzicht van causale relaties. Het behandelingsconcept zal een weerslag vormen van de systematische manier van werken die in de praktijk is gegroeid.

- De spelregels die door het educatieve therapieteam van de interne school-SKZ als eigen werden herkend vormen een weerslag van het conceptuele kader van de interne school-SKZ. Het kader is tot dit onderzoek echter impliciet gebleven waardoor het slechts via een intensief proces op  $N = 1$  niveau overdraagbaar was voor anderen en waardoor de logische samenhang van het kader niet ter discussie kon staan. De probleemstelling "groei van competentie leidt niet tot groei van kennis op een ander niveau dan  $N = 1$ " leidde op grond van deze redenering tot de volgende vraagstelling:  
 "Welk behandelingsconcept kan er geformuleerd worden vanuit de beslissingsprocessen zoals die verlopen op de interne school-SKZ?"

De interne school-SKZ leende zich bij uitstek voor onderzoek naar een dergelijk ordeningsschema om verschillende redenen:

- de doelgroep (multi problem kinderen) maakt het dwingend noodzakelijk dat per kind naar een integratie van verschillende verklaringsmodellen wordt gezocht;
- er is sprake van een longitudinaal behandelingsproces, zodat het theorievormingsproces per kind voortdurend vanuit de praktijk wordt bijgesteld. Het impliciete behandelingsconcept is daardoor in de praktijk gecorrigeerd en uitgetoetst;
- er is sprake van een multidisciplinair en gesystematiseerd behandelingsproces. In tegenstelling tot veel praktijksituaties waarin reflectie vaak impliciet en ongecontroleerd verloopt, gebeurt dit op de interne school-SKZ zoveel mogelijk expliciet en in een vaste regelmaat. Bovendien wordt dit systematisch vastgelegd in de vorm van behandelingsplanning en in stafverslagen en notulen.

#### *2.1.4 Praktijkgericht onderzoek*

Het onderzoek naar het behandelingsconcept van de interne school-SKZ heeft als doel een manier van werken die in de praktijk is uitgekristalliseerd op een theoretisch niveau te beschrijven. Niet de aansluiting bij een wetenschappelijke theorie heeft daarbij centraal gestaan, maar het daadwerkelijk functioneren van een programma. "Theorie moet gerechtvaardigd worden als een vorm van praktijk, de praktijk hoeft niet geoordeeld te worden voor het hooggerechtshof van de theorie", zei Toulmin (Kayzer, 1993). Het uitgangspunt dat wetenschap zijn referenties moet ontleenen aan het concrete handelen van mensen is de reden waarom een aantal onderzoekers spreekt over praktijkgericht onderzoek (Plooy, Van den Dungen, 1985; Donker, 1987; Swaans-Joha, Hox, 1989). Praktijkgericht onderzoek is dan het beschrijven, ordenen en bespreken van cumulatieve praktijkervaring, waarbij ernaar gestreefd wordt om op een navolgbare manier tot theorievorming te komen. Staak en Meijboom (1993) spraken over een kenleer van de practicus. Veerman (1985) gebruikte de term

'praktijkverhelderend onderzoek': "descriptief onderzoek dat erop gericht is een bepaalde praktijksituatie door te lichten of op te meten op een wijze die tot voor de praktijk herkenbare en te gebruiken informatie voert".

De term praktijkgericht onderzoek wordt vaak gereserveerd voor/gelijk gesteld aan actie-onderzoek of handelingsonderzoek (Swanborn, 1987; Hoebe, 1981; Wardekker, 1981; Van Dijk, De Goede, 't Hart, Teunissen, 1991; Koster, 1993). Praktijkgericht onderzoek wordt dan gestuurd door praktische problemen, doel van het onderzoek is ingrijpen in de werkelijkheid en het vaststellen van het effect van die ingreep. Doel van het onderzoek naar het behandelingsconcept van de interne school-SKZ is echter een theoretische ordening van een bestaande manier van werken. Verandering van die manier van werken kan misschien een consequentie van dat onderzoek zijn. De kennisvragen die richting geven aan het zoekproces hebben echter geen betrekking op dat veranderingsproces. Er is daarom geen sprake van praktijkgericht onderzoek in de zin van actie-onderzoek.

Het onderzoek naar het behandelingsconcept van de interne school-SKZ kan ook niet getypeerd worden als effectonderzoek of programma-evaluatie. Onderzoek naar de beschrijving van behandeling gaat aan dergelijke onderzoeksvormen vooraf. Sarphatie en Veerman (1980) gaven in een beschouwing over de mogelijkheden van effectonderzoek aan dat het beschrijven van behandeling voorwaardelijk is voor goed effectonderzoek. Harinck en Hellendoorn (1987) gaven een overzicht van effectonderzoeken en concludeerden daarna dat de vraag naar het effect te veel aandacht gekregen heeft ten koste van de vraag naar wat behandelaars doen. Het onderzoek is te veel en te prematuur gericht geweest op hypothesetoetsing en te weinig op descriptie en exploratie. Donker (1987) beschreef dat het voor een programma-evaluatie noodzakelijk is dat er sprake is van een duidelijk omschreven programma (een als zodanig omschreven samenhangend stelsel van doeleinden en middelen). In de praktijk staan doelstellingen en middelen 'ongeordend en ongeprioriteerd' naast elkaar. Het identificeren en beschrijven van de doelstellingen van een programma is volgens Donker een moeilijke voorfase van programma-evaluatie waarin kennisproblemen en belangentegenstellingen een grote rol spelen. Pas wanneer bepaalde middelen volgens een enigszins vooropgezet plan gecoördineerd worden ingezet met het oogmerk daarmee bepaalde doeleinden te bereiken, kunnen we spreken van een programma dat voor evaluatie in aanmerking komt. Een dergelijke systematiek was bij aanvang van het onderzoek op de interne school-SKZ alleen terug te vinden bij behandelingsplanning op N = 1 niveau, niet op het niveau van een organisatie of vakgebied.

Er kan voor gepleit worden om te spreken over een formatief evaluatie-onderzoek: er wordt gezocht naar een procesbeschrijving (Weeda, 1986) en het streven is om het inzicht in het eigen programma te verbeteren (Donker, 1987; Guba, Lincoln, 1988). Bij de aanvang van het onderzoek was er echter nog geen kennisprodukt dat onderwerp kon zijn van evaluatie. De term formatieve evaluatie wordt daarom alleen gereserveerd voor de fase van dit

onderzoek waarbij het voorlopig onderzoeksresultaat aan de praktijkwerkers in de onderzoekscontext werd voorgelegd en met behulp van hun commentaar is bijgesteld. Op dat moment is er wel sprake van evaluatie en verbetering van een bestaand kennisproduct.

- Het onderzoek naar het behandelingsconcept van de interne school-SKZ is praktijkgericht onderzoek, omdat de beschrijving van daadwerkelijke behandelingsprocessen in een specifieke context centraal staat. Daarbij wordt gestreefd naar het verwerven van inzicht in het behandelingsconcept, niet naar het veranderen van de behandelingscontext.

## 2.2 Onderzoeksmethoden

### 2.2.1 *Typering*

Het onderzoek naar het behandelingsconcept van de interne school-SKZ is gericht op expliciteren van de systematiek die bij aanvang van het onderzoek al aanwezig was in het handelen van de hulpverleners. Dit betekent dat het handelen moest worden gevolgd, niet voorgeschreven. Er was geen theoretisch kader beschikbaar van waaruit de stappen in het onderzoek zouden kunnen worden voorgeschreven. Werkwijzen en procedures zijn daarom niet helemaal van te voren vastgelegd. Het onderzoek naar het behandelingsconcept van de interne school-SKZ is daarmee geen experimenteel onderzoek, maar beschrijvend onderzoek.

De onderzoeksvragen die in iedere fase gesteld zijn, werden bepaald door de ordenende inzichten die in eerdere fasen verworven waren. Swaans-Joha en Hox (1989) spraken van een 'open design': inzichten die tijdens het onderzoek ontstaan geven richting aan volgende stappen in het onderzoek. "You can understand little more than your own evolving mental map allows for", schreven Miles en Huberman (1984). Een 'open design' wordt door Swanborn gekoppeld aan explorerend onderzoek. Explorerend onderzoek begint met vage veronderstellingen, de werkwijze wordt niet van te voren vastgelegd. De veronderstellingen worden al doende aangepast totdat een redelijke 'fit' verkregen is (Swanborn, 1987). De empirische cyclus wordt in dat geval vele malen doorlopen, het plaatje wordt geleidelijk ingevuld. Het stapsgewijs blootleggen van een referentiekader in meerdere onderzoekscycli komt in aanmerking wanneer er sprake is van een intern programma dat al enige stabiliteit verkregen heeft (Donker, 1986). Dit is van toepassing op de situatie in de interne school-SKZ bij aanvang van het onderzoek. Er was sprake van een systematische manier van werken die in een periode van vijftien jaar steeds meer vast kwam te liggen.

Het zoeken naar een wetenschappelijk verantwoorde en valide representatie van praktijkkennis mag niet uitlopen op kritiekloos en ongelimiteerd verzame-

len van louter beschrijvende informatie (Verloop, 1992). Er moet gezocht worden naar een manier om de ervaringen en beschrijvingen van concrete situaties te overstijgen. Op grond van ervaring en literatuurgegevens lijkt het nauwelijks haalbaar om de rol van onderzoeker en van hulpverlener tegelijkertijd in één persoon te verenigen (Swaans-Joha, Hox, 1989; Koster, 1993). Verschil in de rol van practicus en onderzoeker kan aangebracht worden door het proces van informatie verzamelen te verzelfstandigen van het praktijkwerk (Swanborn, 1987) of door het proces van reflecteren hiervan af te zonderen (Van den Dungen, 1989). In het laatste geval blijft de koppeling naar de bestaande manier van werken intact.

Kenmerkend voor het verzelfstandigen van het reflectieproces is een aparte onderzoeksactiviteit gericht op het verwoorden van theorie, niet op het oplossen van problemen. Het is een reflectie op de referentiekaders die men in de praktijk gebruikt (De Wit, 1978). Er is bewust voor gekozen om de referentiekaders te expliciteren van praktijkwerkers die betrokken zijn bij de multidisciplinaire behandelingsplanning, niet voor reflectie op het handelen van de leerkracht. Daarmee onderscheidt dit onderzoek zich van praktijkgericht onderzoek van Gieles (1992) en van Grubben (1994), waarbij degene die in directe interactie met het kind stond ook degene was die reflecteerde op het eigen handelen. In dit onderzoek zijn de theoretische concepten en heuristieken die richtinggevend zijn voor het gericht beïnvloeden van het handelen van de leerkracht onderwerp van onderzoek. Wanneer in dit onderzoek het handelen van de leerkracht uitgangspunt van de gesprekken over het gehanteerde behandelingsconcept zou zijn, zou dat geleid hebben tot een methodiekbeschrijving voor een monodiscipline.

Het reflectieproces kan achteraf plaatsvinden door een onderzoeker. De praktijkgerichte onderzoeker beperkt zich in die situatie tot het bestuderen van de situatie, respectievelijk het volgen van de veranderingen die door de hulpverlener direct op (on)systematische wijze worden aangebracht (Swanborn, 1989). De regulatieve cyclus is dan in de praktijk al doorlopen. Achteraf wordt gekeken naar de informatie die dit oplevert over het ordeningsschema dat daarbij gehanteerd is. Het is dan de rol van de onderzoeker om die verborgen systematiek duidelijk te maken (Swaans-Joha, 1988). Kern van de beschreven aanpak is dat de onderzoeker waarneemt in de praktijksituatie, zich denkbeelden vormt over wat zich in de praktijk afspeelt en daarna teruggaat naar de praktijk voor verificatie en aanscherping van de ideeën. Casuïstiek en beschrijving zijn uitgangspunten, de weg is een zorgvuldige en verantwoorde analyse van de processen (Van den Dungen, 1989).

Ervaringskennis kan ook toegankelijk gemaakt worden door reflectie van de practicus op zijn eigen handelen (De Wit, 1978; Handal, 1991; Staak, Meijboom, 1993). De moeilijke combinatie van handelen en reflecteren daarop wordt in dat geval vermeden door de practicus achteraf naar het gebruikte referentiekader te vragen. Het denkproces van de practicus wordt in die situatie door ondervragen gericht op het formuleren van eigen ordeningsprincipes en niet op het optimaliseren van een concrete ingreep. Het voeren



van een theoretische discussie in de vorm van een open interview geeft de partijen in de discussie de gelegenheid om hun standpunten als theorieën uit te werken. De onderzoeker, die in alle interviews meeformuleert, krijgt daarmee dan de mogelijkheid om te zoeken naar een overkoepelend kader waarbinnen de diverse benaderingswijzen van de praktijk passen.

Zowel het achteraf reconstrueren van een ordeningsschema achter het handelen als het in een gesprek formuleren van theoretische uitgangspunten worden gezien als onderzoeksmethoden binnen een ontdekkingscontext (Hoeben, 1981). Van beide manieren om reflectie te gebruiken als onderzoeksmethode is in het onderzoek naar het behandelingsconcept van de interne school-SKZ gebruik gemaakt.

- Het onderzoek naar het behandelingsconcept van de interne school-SKZ is een praktijkgericht onderzoek met een explorerend karakter. Reflectie op keuzen ten aanzien van het schools leren in het kader van een (semi-) residentiële behandeling moet duidelijk maken welke achterliggend orderingsmodel gehanteerd wordt. De precieze werkwijze is niet vastgelegd, er is gekozen voor een open design. Inzichten vanuit vorige fasen van het onderzoek zijn in iedere nieuwe fase bepalend voor een verdere invulling.

Er is sprake van niet-kwantificerend onderzoek, omdat het denken in begrippen zonder dat daarbij meteen duidelijke waarden te onderscheiden zijn centraal staat (Swanborn, 1987). Deze keuze voor niet kwantificerend onderzoek vloeit logisch voort uit de concrete aard van het onderwerp van onderzoek en de onderzoeksvraag. Smaling en Van Zuuren (1992) typeerden dat als een pragmatische keuze voor kwalitatief onderzoek. Dit in tegenstelling tot een paradigmatische keuze, waarbij de binding met een specifieke psychologische stroming centraal staat.

### *2.2.2 Voorlopige onderzoeksopzet*

Een open design betekent niet dat iedere ordening vooraf ontbreekt. Het onderzoek is in een aantal fasen opgedeeld met verschillende accenten.

#### *Materiaal verzamelen*

In de eerste fase is het schools leren van kinderen met ernstige emotionele en/of gedragsproblemen vanuit een aantal verschillende invalshoeken beschreven. Daarbij werd gezocht naar begrippen om de systematische manier van werken van de interne school-SKZ te beschrijven.

In eerste instantie is de materiaalverzameling en de reflectie daarop uitgevoerd naar aanleiding van het concrete behandelingsprocessen op de interne school-SKZ. Van enkele opgenomen kinderen werd beschreven hoe het behandelingsproces verlopen is. Hiervoor is gebruik gemaakt van het

voorgestructureerde systeem van verslaglegging zoals dat voor alle opgenomen kinderen gehanteerd wordt.

In tweede instantie is gepraat met leerkrachten van de scholen die voorafgaand aan de opname in de kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek van het Sophia Kinderziekenhuis door de kinderen werden bezocht. De problemen van de nieuw opgenomen kinderen werden daarbij als ordening gebruikt. De vorige leerkracht heeft aan de hand van een aantal vaste aandachtspunten geformuleerd hoe de benadering van die school is geweest. Ook is aan de leerkracht gevraagd wat volgens hem/haar de doelstellingen van de interne school-SKZ zouden moeten zijn.

Pas in derde instantie is het onderwerp onderwijs aan kinderen met ernstige emotionele en/of gedragsproblemen in zijn algemeenheid aan de orde gekomen. Alle residentiële instellingen met een kinderpsychiatrische erkenning in Nederland zijn benaderd. In een interview met praktijkwerkers (mensen die in de klinische praktijk betrokken zijn bij het planmatig invullen van de behandeling) en verantwoordelijken voor de gehanteerde organisatievorm werd nagegaan welke organisatievorm men gekozen heeft voor de schoolse opvang van de opgenomen kinderen, in hoeverre alle opgenomen kinderen daarmee geholpen zijn en hoe vorm gegeven is aan de samenwerkingsrelatie tussen residentiële instelling en school.

### *Ordenen*

In een tweede fase van het onderzoek zijn de verworven inzichten geïntegreerd tot een behandelingsconcept van de interne school-SKZ. Deze ordening is verder toegespitst door na te gaan of de behandeling van alle kinderen die op dat moment de interne school-SKZ bezochten binnen dat concept beschreven kon worden. Het onderzoeksresultaat is aan de hand daarvan bijgesteld.

### *Evalueren*

In een laatste fase is nagegaan in hoeverre het behandelingsconcept een meer algemene geldigheid heeft dan alleen voor de interne school-SKZ. Het onderzoeksresultaat is voorgelegd aan een aantal residentiële instellingen en van commentaar voorzien.

## **2.3 Kwaliteitseisen**

Bij wetenschappelijk onderzoek moet de overgang gemaakt worden van intuïtieve naar systematische en geëxpliciteerde gegevensverzameling (Plooi, Van den Dungen, 1985). Ook bij niet-kwantificerend onderzoek is duidelijkheid noodzakelijk over de probleemstelling, over de gevolgde procedures en over de resultaten (Swanborn, 1987). In dit hoofdstuk is de stap van onderzoeksvraag naar de voorlopige onderzoeksopzet al verantwoord. In een laatste subhoofdstuk komt aan de orde hoe in het onderzoek naar het behandelingsconcept van de interne school-SKZ aan wetenschappelijke kwaliteitseisen als

validiteit, betrouwbaarheid en objectiviteit wordt voldaan. Daarbij is een onderscheid aangebracht tussen de kwaliteit van de verzamelde data, van het onderzoeksproces en van het onderzoeksresultaat. Het geheel zal worden samengevat in figuur 2.1 op bladzijde 34. De codes die in de tekst tussen haakjes vermeld staan bij een aantal begrippen verwijzen naar deze figuur.

### *2.3.1 De kwaliteit van de verzamelde data*

#### *Geloofwaardigheid (A1)*

Een begrip als interne validiteit van de verzamelde data wordt naar praktijkgericht onderzoek vertaald als geloofwaardigheid (Guba, Lincoln, 1988). Geloofwaardigheid ('credibility') is de mate waarin deelnemers uit de onderzoekscontext het verzamelde materiaal in overeenstemming achten met de werkelijkheid zoals zij die ervaren. Bij het statusonderzoek is daarom de bewerking van het materiaal voorgelegd aan de betrokken leerkracht van de interne school-SKZ. De samenvattingen van de interviews met leerkrachten op de vorige scholen zijn steeds achteraf door een derde bij de interviews aanwezige op hun juistheid beoordeeld. De samenvattingen van de interviews met medewerkers van de kinder- en jeugdpsychiatrische klinieken zijn door de geïnterviewden zelf op hun juistheid beoordeeld.

#### *Objectiviteit (C1)*

Bij praktijkgericht onderzoek moet gewaakt worden voor een te sterke beïnvloeding van de onderzoekssituatie door de onderzoeker die zelf ook deel uitmaakt van het onderzoeksveld (Guba, Lincoln, 1988). Om de objectiviteit van de verzamelde data zoveel mogelijk te waarborgen is in het onderzoek naar het behandelingsconcept van de interne school-SKZ een aantal maatregelen genomen.

Een eerste waarborg voor objectiviteit van de data werd gevormd door de pogingen om gebruik te maken van 'inobtrusive measures'. Het gaat erom die vorm van onderzoek te vinden die de situatie zo min mogelijk verandert (Swanborn, 1987). Statusonderzoek van kinderen bij wie de behandeling al is afgerond vormt daar een voorbeeld van. In zijn algemeenheid is in dit onderzoek een duidelijke keuze gemaakt voor beschrijving, niet voor het ingrijpen in de praktijk. Het is waarschijnlijk dat het onderzoek de onderzoekscontext zal veranderen. Deze veranderingen zijn echter geen onderwerp van onderzoek. Waar onderzoeksactiviteiten en klinische praktijk te veel verwekt raken worden de onderzoeksactiviteiten gestopt (zie hoofdstuk 3).

Overleg met een extern onderzoeker, die niet betrokken is bij de dagelijkse gang van zaken in het onderzoeksveld, vormt een tweede waarborg voor een te subjectieve verzameling van materiaal. Een externe onderzoeker heeft in een tweemaandelijks frequentie het verzamelde materiaal en de voortgang van het onderzoek beoordeeld.

Het gebruik van duidelijke onderzoeksvragen voor iedere fase van het

onderzoek is een derde waarborg voor een objectieve sturing van de materiaalverzameling. Met name tijdens de statusonderzoeken is hiervan systematisch gebruik gemaakt.

### *2.3.2 De kwaliteit van het onderzoeksproces*

#### *Bewaking van het analyse proces (A2)*

Om tijdens het onderzoek het proces zo inzichtelijk mogelijk te houden, is per twee maanden een overzicht gemaakt van alle onderzoeksactiviteiten van die periode. Deze notulen hebben als basis gediend voor het uiteindelijk onderzoeksverslag.

Twee meelezers, één vanuit het instituut en één van buitenaf, hebben tijdens de uitvoering van het onderzoek de argumentatieve betrouwbaarheid van het analyseproces bewaakt. In twee fasen van het onderzoek hebben externe adviseurs die verder niet betrokken waren bij het onderzoek eenzelfde functie vervuld.

#### *Navolgbaarheid van het onderzoeksproces (C2)*

Bij praktijkgericht onderzoek wordt de eis tot replicatie vervangen door de eis dat het proces van onderzoeksvraag via dataverzameling naar eindconclusies navolgbaar moet zijn voor een extern onderzoeksteam (Guba, Lincoln, 1988). Een methodische verantwoording van het onderzoeksproces moet controle mogelijk maken (Wester, 1987). Voor derden moet controleerbaar zijn hoe de conclusies tot stand kwamen (Donker, 1987). Exacte replicatie is bij praktijkgericht onderzoek geen doel op zich. Navolgbaarheid of verantwoording afleggen over de gevolgde onderzoeksprocedure komen daarvoor in de plaats.

Van Strien (1986) sprak over onderbouwing van het onderzoeksresultaat via de 'context of discovery'. Het concrete materiaal dat de onderzoeker tot de gekozen interpretatie heeft gebracht speelt daarbij een grote rol. De onderzoeker moet argumenten aanvoeren om aan te tonen dat het onderzoeksproces niet volstrekt willekeurig verlopen is en niet louter afhankelijk is geweest van de persoon van de onderzoeker (IJzendoorn, Miedema, 1986). Strauss en Corbin (1990) gaven aan dat een weergave van het researchproces vooral moet bestaan uit de ontwikkeling van de denkstappen die tijdens het onderzoek genomen zijn en de mate waarin die denkstappen zijn gebaseerd op de data die de basis vormen van het onderzoek.

In deze dissertatie is het proces van data naar behandelingsconcept terug te vinden in de hoofdstukken 3, 4 en 5. De verdere ontwikkeling van het behandelingsconcept op basis van logisch redeneren en terugkoppeling naar de gebruikers in de praktijk wordt beschreven in de hoofdstukken 6, 7 en 8.

### 2.3.3 De kwaliteit van het onderzoeksresultaat

#### *Beoordeling door de oorspronkelijke onderzoeksdeelnemers (A3)*

Bij de oorspronkelijke deelnemers aan het onderzoek worden uitspraken gevraagd over het waarheidsgehalte ('truth value') (Guba, Lincoln, 1988) van het onderzoeksresultaat. Om dit vast te stellen wordt nagegaan of de oorspronkelijke deelnemers het eindresultaat als een correcte en volledige beschrijving van hun praktijksituatie herkennen. In dit onderzoek is dat in twee fasen verlopen: een formatieve evaluatie bij de leerkrachten van de interne school-SKZ (zie hoofdstuk 7) en een summatieve evaluatie bij enkele kinder- en jeugdpsychiatrische klinieken en kliniekscholen die in een eerder stadium bij het onderzoek betrokken waren (zie hoofdstuk 8.2).

Wanneer gewogen moet worden wat de bruikbaarheid is van het eindresultaat voor de oorspronkelijke onderzoekscontext komt aan de orde in hoeverre de oorspronkelijk onderzoeksvragen die vanuit die context geformuleerd werden beantwoord zijn. Bij dit onderzoek is aan de hand van een aantal observaties een inschatting gegeven van de mate waarin het onderzoeksresultaat een antwoord vormt op de oorspronkelijke onderzoeksvragen (zie hoofdstuk 10).

#### *Beoordeling door praktijkwerkers vanuit andere behandelingscontexten (B3)*

De mate waarin het onderzoeksresultaat gegeneraliseerd kan worden naar andere praktijksituaties die niet bij de ontwikkeling betrokken waren is eveneens een punt van discussie. Guba en Lincoln spraken over toepasbaarheid ('fittingness') en vergeleken dit met het begrip externe validiteit in traditioneel wetenschappelijk onderzoek.

Voor een betrouwbare bepaling van de toepasbaarheid van het onderzoeksresultaat in een andere context is een intensief onderzoek van die andere context noodzakelijk. Vergelijking van die andere context met de context waarin het onderzoek ontwikkeld is, vaststelling van belangrijke contextuele variaties en aanpassing van het onderzoeksresultaat aan die variaties vormt een evaluatie onderzoek op zich (Guba, Lincoln, 1988). De bruikbaarheid van het onderzoeksresultaat is in dit onderzoek niet op een dergelijke intensieve manier onderzocht. Er is volstaan met een inschatting van de toepasbaarheid door de medewerkers aan de evaluatiegesprekken. Verder moet in de loop van de tijd blijken in welke mate het onderzoeksresultaat in vergelijkbare praktijk-situaties wordt aangepast en gebruikt.

#### *Beoordeling door onderzoekers en theoretici*

Ter beoordeling van de theoretische verdienste van het eindresultaat zullen onderzoekers en theoretici een uitspraak doen over de interne consistentie. Argumentatieve betrouwbaarheid [een term van IJzendoorn en Miedema (1986)] neemt de plaats in van technische betrouwbaarheid en significantieniveaus. "Het zijn niet de significantieniveaus, de p-waarden en de rigide operationalisering die wetenschap typeren, maar juist de logica daarachter",

stellen Sarphatie en Veerman (1980).

Wanneer aan het wetenschappelijk forum gevraagd wordt om een uitspraak te doen over de bruikbaarheid van het onderzoeksresultaat zal de inpasbaarheid in bestaande ontwikkelingen ten aanzien van onderzoek en theorievorming beoordeeld worden. In hoofdstuk 10 wordt hiervan een eerste inschatting gegeven.

| beoordeeld door →<br>kwaliteit van ↓                              | A<br>onderzoeks-<br>deelnemers     | B<br>praktijkwerkers<br>in andere<br>context | C<br>wetenschappelijk<br>forum |
|---|------------------------------------|--|--------------------------------|
| 1.<br>onderzoeksdata  | geloofwaardigheid                  |  | objectiviteit                  |
| 2.<br>onderzoeksproces  | bewaking van het<br>analyse-proces |  | navolgbaarheid                 |
| 3.<br>theoretische ver-<br>dienste van het<br>onderzoeksresultaat | herkenbaarheid                     | toepasbaarheid                               | interne consistentie           |

Figuur 2.1 Kwaliteitseisen bij het onderzoek naar het behandelingsconcept van de interne school-SKZ

## 2.4 Conclusies

Bij aanvang van het onderzoek was de manier van werken op de interne school-SKZ gebaseerd op een impliciet behandelingsconcept. Reflectie op beslissingsprocessen die in de praktijk plaatsvinden kan leiden tot expliciteren van een dergelijk denkmodel. Er is dan sprake van een praktijkgericht onderzoek met een open design. Navolgbaarheid van het onderzoeksproces en herkenbaarheid van het onderzoeksresultaat voor de oorspronkelijke onderzoeksdeelnemers en toepasbaarheid en interne consistentie van het onderzoeksresultaat vormen meetpunten voor de beoordeling van de wetenschappelijke kwaliteit van het onderzoek.

### 3 Beschrijving vanuit de eigen praktijk

Hoofdstuk 3 behandelt de eerste stap in het onderzoek naar de manier van werken op de interne school-SKZ: de beschrijving en ordening van het bestaande behandelingsproces.

In subhoofdstuk 3.1 wordt toegelicht welk onderzoeksmateriaal beschikbaar was. Daarna worden enkele keuzen geformuleerd waarmee het materiaal benaderbaar gemaakt is voor onderzoek.

In de subhoofdstukken 3.2, 3.3 en 3.4 wordt achtereenvolgens het statusonderzoek bij Marga, Kim en Diederik besproken.

In subhoofdstuk 3.5 wordt naar aanleiding van die onderzoeken een eerste ordening geformuleerd ten aanzien van de manier van werken op de interne school-SKZ en ten aanzien van het onderzoeksproces.

#### 3.1 Onderzoeksmethode

##### *3.1.1 Onderzoeksmateriaal*

In de onderzoekscontext wordt voor ieder kind eenmaal per twee maanden een stafvergadering gehouden, waaraan alle disciplines die bij de behandeling van het kind betrokken zijn deelnemen. Iedere discipline levert een verslag in over de afgelopen periode gebaseerd op ingevulde dagrapportages of verslaglegging per sessie. Tijdens de stafvergadering worden de verslagen van de diverse disciplines gebruikt voor verdere diagnostische beeldvorming over het kind en worden beleidsbeslissingen genomen voor de volgende periode (Verheij, Rietdijk, 1991). Dit wordt vastgelegd in de stafnotulen die ook bewaard worden in de status van het kind.

Voor de beschrijving en ordening van het behandelingsproces is gebruik gemaakt van dit systeem van overleg en verslaglegging zoals dat voor ieder kind bewaard wordt in de status. Grubben (1994) constateerde vanuit haar onderzoek bij een residentiële instelling dat overdracht en rapportage voornamelijk situatieschetsen zijn, gericht op storend gedrag en regelzaken, terwijl systematiek ontbreekt. Zij concludeerde dat vanuit het systeem van overleg en verslaglegging weinig te zeggen valt over het verloop van het behandelingsproces. Deze constatering is echter niet van toepassing op het systeem van

overleg en verslaglegging waarvan in dit onderzoek gebruik gemaakt kan worden. Deze uitspraak zal in het vervolg van dit subhoofdstuk verder worden onderbouwd.

De verslagen voor het multidisciplinaire stafoverleg zijn gebaseerd op de dagrapportages die door iedere medewerker per kind worden ingevuld. Deze dagrapportages zijn zo voorgestructureerd dat naast storende incidenten ook een aantal positieve momenten en een aantal vaste meetpunten systematisch aan de orde komen (Verheij, 1993). Het materiaal bezit een zekere betrouwbaarheid, omdat verschillende meetpunten en niet alleen storende incidenten in de dagrapportages systematisch aan de orde komen.

Iedere deelnemer aan het multidisciplinair overleg brengt grotendeels onafhankelijk verworven informatie mee. Fenomenen die op diverse plekken in het behandelingssysteem worden waargenomen spelen een grotere rol in het overleg dan observaties die eenmalig zijn of maar op één plek gerapporteerd worden. Het materiaal bezit een zekere betrouwbaarheid, omdat observaties herhaald worden over verschillende situaties en op verschillende tijdstippen.

Het longitudinale karakter van het behandingsproces en de verslaglegging daarover vormt ook een mogelijkheid om de betrouwbaarheid van het materiaal te versterken. Foutieve interpretaties worden in de loop van de tijd gecorrigeerd. Eenmalige of exclusieve observaties kunnen in de loop van de tijd door herhaling een zekere betrouwbaarheid verkrijgen. Dit wordt ook vanuit andere praktijksituaties met multi problem kinderen als een ervaringsfeit aangegeven (Fisher, Burd, Kerbeshian, 1985; Gilcum, 1988).

Het circuit van overleg en verslaglegging zoals dat gehanteerd wordt in de onderzoekscontext vormt een betrouwbare weergave van het behandingsproces van kinderen. De systematische opbouw van het rapportagesysteem, de combinatie van observaties vanuit diverse plekken in het behandelingsmilieu en het longitudinale karakter van de overlegsituatie vormen hiervoor een waarborg.

In de literatuur wordt een combinatie van dergelijke maatregelen aangeduid als triangulatie of multi-methode. Het wordt gezien als een alternatief voor een gecontroleerde, gestandaardiseerde gegevensverzameling (Miles, Huberman, 1984; Guba, Lincoln, 1988; Van Dijk, De Goede, 't Hart, Teunissen, 1991).

### *3.1.2 Vraagstelling voor de eerste onderzoeksfase*

Het statusmateriaal wordt vervaardigd ten behoeve van de theorievorming over het individuele kind en vormt daarom ook een weergave van het veranderingsproces van het kind. Dit materiaal levert niet zonder meer informatie op over het achterliggende behandelingsconcept. Daarvoor is een aparte bewerking van het onderzoeksmateriaal met het oog op concrete aspecten van dat behandelingsconcept noodzakelijk. Gerichte vragen over een behandelings-



concept moeten ordening gaan geven in het statusmateriaal. Guba en Lincoln (1988) spraken over een 'limiting tool', Miles en Huberman (1984) over 'the bounding of data'.

Er was bij aanvang van het onderzoek geen abstract referentiekader voorhanden waarmee gerichte vragen over het behandelingsconcept van de interne school-SKZ geformuleerd konden worden. Daarom is ervoor gekozen om het onderzoeksmateriaal te belichten vanuit een praktijkprobleem binnen de onderzoekscontext. Er moest een redelijk vermoeden bestaan dat het gekozen praktijkprobleem samenhang met het ontbreken van een behandelingsconcept voor de interne school-SKZ. De noodzaak om het impliciete behandelingsconcept van de interne school-SKZ onder woorden te brengen is waarschijnlijk het grootst in die situaties waarin het overleg over beleidsbeslissingen ten aanzien van de interne school-SKZ problemen geeft. Bij behandelingsprocessen die probleemloos verlopen is het ordeningsmodel waarschijnlijk veel meer impliciet en vanzelfsprekend aanwezig. Om de kans op overstijging van het bestaande kennisniveau zo groot mogelijk te maken, is het onderzoek gericht op problematische overlegsituaties waarbij de interne school-SKZ een rol heeft gespeeld. Er is dan sprake van discrepanties die dwingen tot het formuleren van nieuwe inzichten. In situaties waarin het impliciete ordeningsmodel voldoet, is die noodzaak tot overstijging veel minder dwingend aanwezig. Praktijksituaties waarin de besluitvorming ten aanzien van school moeizaam is verlopen vormen daarom het centrale punt bij de statusonderzoeken.

Een bijkomend voordeel van deze keuze is dat moeizame besluitvorming over individuele kinderen door de leerkrachten van de interne school-SKZ als belastend werd ervaren. Zij waren gemotiveerd om medewerking te verlenen aan een onderzoek dat meer duidelijkheid kon bieden over de factoren die een rol spelen bij deze overlegproblemen.

- De statussen van een aantal kinderen waarbij het overleg over beleidsbeslissingen ten aanzien van school moeizaam verliep zijn bewerkt aan de hand van de volgende vragen:
  - welk ordeningsmodel is bij dit kind gehanteerd om de besluitvorming goed te laten verlopen;
  - kan er een beter ordeningsmodel geformuleerd worden;
  - welke conclusies kunnen na beantwoording van de eerste twee vragen getrokken worden over het algemene ordeningsmodel waarnaar in het onderzoek naar de manier van werken op de interne school-SKZ gezocht wordt.

De eerste twee vragen komen overeen met de eerste fasen in de empirische cyclus die Swanborn (1987) beschreef voor praktijkgericht onderzoek.

Bij de derde vraag is gekozen voor het formuleren van ordeningsmodellen en niet voor het plegen van een ingreep. Dit komt overeen met het verschil dat in hoofdstuk 2 is geformuleerd tussen dit praktijkgericht onderzoek en actie-onderzoek.

### 3.1.3 Probleemverkenning

Er is een inventarisatie gemaakt van de meningsverschillen over beleidsbeslissingen ten aanzien van school. Van een meningsverschil is sprake wanneer een beleidsbeslissing gedurende een aantal stafvergaderingen achtereenvolgens besproken is zonder dat de verschillende disciplines tot een gedeelde visie daarover komen. De inventarisatie is gemaakt door de onderzoekster en de intern begeleider van het onderzoek. Er is gekeken naar overlegsituaties over de kinderen die in die fase van het onderzoek waren opgenomen: 6 kinderen in dagbehandeling en 21 kinderen in dag- en nachtbehandeling.

Bij de daggroep bestonden voor geen van de kinderen meningsverschillen over beleidsbeslissingen ten aanzien van school. Verschillen in patiëntenpopulatie, verschillen in personele bezetting en verschillen in organisatie en duur van de samenwerkingsrelatie tussen interne school en leefgroepmedewerkers kunnen daarbij een rol gespeeld hebben. Dit is niet verder verkend.

De overlegprocedures wat betreft de 21 kinderen in dag- en nachtbehandeling bleken dikwijls meer problematisch te verlopen. Meningsverschillen kwamen vooral voor bij twee typen beleidsbeslissingen. Zes kinderen vroegen veel extra overleg, omdat er verschillende visies bestonden over het tempo waarin het aantal schooltijden op de interne school-SKZ moest worden uitgebreid. Bij zes andere kinderen is langdurig verschil van mening geweest over het tijdstip waarop de kinderen naar een externe school zouden gaan. Twee kinderen vroegen veel extra discussie omdat leerkracht en medewerkers met een andere discipline het niet eens waren over de doelen die het meeste prioriteit moesten krijgen. Vijf kinderen bleven buiten beschouwing, omdat ze nog maar kort opgenomen waren en het hele beslissingsproces over school nog op gang moest komen. Bij twee andere kinderen is het overleg over school soepel verlopen.

Er was geen systematisch verschil in tempo tussen leerkrachten en andere behandelaars wat betreft ingroei in of uitgroei uit de interne school. Soms vond de leerkracht dat het aantal schooltijden niet snel genoeg omhoog ging, maar in andere situaties drongen de leefgroepmedewerkers of de beleidspychiater aan op verdere uitbreiding. Soms drong de leerkracht veel sneller dan anderen aan op een plaatsing op een externe school, maar het kon ook het leefgroepteam zijn dat daarmee kwam, terwijl het kind in de ogen van de leerkracht daar nog niet aan toe was.

De beslissingen die het meest aanleiding gaven tot meningsverschillen waren tempo van schooluitbreiding en moment van plaatsing op een externe school. Er zijn daarom voor statusonderzoek kinderen gekozen waarbij deze problemen gespeeld hebben.

De beslissing om naar een externe school te gaan had twee duidelijke voordelen boven de andere probleemsituatie. Ten eerste speelt deze discussie zich af binnen een duidelijke omschreven tijdsperiode. Ten tweede is de discussie over school al afgesloten bij een kind dat op een externe school

functioneert. Onderzoeksproces en behandelingsproces zijn daardoor duidelijk van elkaar gescheiden.

Er zijn twee kinderen uitgekozen bij wie plaatsing op een externe school problemen heeft gegeven: Marga en Kim. Om zoveel mogelijk invalshoeken te benutten is gekozen voor twee aanzienlijk van elkaar verschillende situaties. De kinderen hebben bij twee verschillende leerkrachten gezeten. Bij Marga was de behandeling op de interne school-SKZ succesvol verlopen en was de leerkracht ontevreden over het overleg. Kim is heel lang op de interne school-SKZ gebleven. Binnen het totale behandelingsbeleid paste dat, maar de leerkracht was ontevreden over het inhoudelijk proces op school.

Om na te gaan of de inzichten verzameld bij overlegsituaties over externe schoolplaatsing ook van toepassing zijn op andere overlegsituaties, is het derde kind (Diederik) gekozen op basis van een andere probleemsituatie. Bij Diederik is nagegaan hoe het overleg over uitbreiding van schooltijden kon vastlopen.

- Om de ordening achter het handelen op de interne school-SKZ te expliciteren zijn drie kinderen geselecteerd voor statusonderzoek. Door kinderen te kiezen, waarbij de besluitvorming om verschillende redenen moeizaam verliep, werd de onderzoekster steeds opnieuw gedwongen om het bestaande niveau van ordenen te overstijgen.

## 3.2 De eerste casus: Marga

### 3.2.1 *Het kind*

#### *Introductie*

Toen Marga werd opgenomen in de instelling was zij enkele dagen daarvoor negen jaar oud geworden. De opnamereden werd als volgt geformuleerd: "Ernstige hoofdpijnen en flauwtes waarvoor geen lichamelijke oorzaken te vinden zijn. Ambulante regulatie is mislukt en er is sprake van een ernstig disfunctioneren in alle sociale milieus, waaronder school".

Marga bezocht in eerste instantie een basisschool. De lichamelijke klachten interfereerden echter zo ernstig met haar dagelijkse activiteiten dat zij daar niet meer te handhaven was. Ondanks veel extra aandacht en intensieve begeleiding zat zij lange perioden met de leerkracht apart op de gang en moest zij meerdere malen per week door haar ouders onder schooltijd opgehaald worden. Voor zover bekend waren er geen leerproblemen, maar door de veelvuldige afwezigheid groeide de didactische achterstand. Marga raakte ook sociaal toenemend geïsoleerd, ondanks een grote acceptatie van haar problemen door leerkracht en andere kinderen. Het laatste half jaar voor opname heeft Marga enkele uren per dag een school voor langdurig zieke kinderen bezocht. Bij opname was er sprake van een didactische achterstand van een jaar voor rekenen en bijna twee jaar voor taal.

Marga is in eerste instantie opgevangen in de leefgroep. Daarnaast kreeg ze individuele therapie. Op haar eigen verzoek is zij twee maanden na opname begonnen met tweemaal een uur schoolbezoek per week. In de loop van 2½ jaar groeide dit op geleide van succeservaringen uit naar een frequentie van 7 dagdelen. Uiteindelijk functioneerde zij didactisch weer op leeftijdsniveau. Daarna is zij probleemloos mee gaan draaien op een basisschool in de buurt. Toen dit een half jaar goed ging is Marga teruggegaan naar het ouderlijk gezin en geplaatst op een basisschool in haar eigen omgeving.

### *Beeldvorming*

In de stafverslagen is een duidelijk diagnostisch proces terug te vinden. Over een periode van 2½ jaar werden iedere keer stukjes van de puzzel verder ingevuld. Combineren van gegevens uit leefgroep, therapie en school en meewegen van behandelingseffecten maakten uiteindelijk een totaalplaatje mogelijk van dit multi problem kind. Dit totaalplaatje verklaart waarom overwegend ingaan op de hoofdpijn en de flauwtes in de ambulante situatie niet tot succes leidde. De problemen van Marga kunnen geordend worden per ontwikkelingsdomein. Dit leidt tot de volgende opsomming:

- Lichamelijk: - hoofdpijnklaften en flauwtes;
  - vermoeidheid;
  - stemmingswisselingen.
- Cognitief: - concentratieproblemen;
  - taal onvoldoende gekoppeld aan handelen;
  - leerachterstand.
- Emotioneel: - laag zelfgevoel;
  - grote aandachtsbehoefte;
  - jaloezie ten opzichte van andere kinderen;
  - diffuus angstig in veel situaties.

De sociale problemen die Marga ondervond, de moeilijkheden in haar relaties met volwassenen en de problemen die ze had met andere kinderen, worden gezien als een gevolg van haar problemen op de lichamelijke, cognitieve en emotionele ontwikkelingshoofdassen.

### *3.2.2 De behandeling*

Als volgende stap in het onderzoek is los van de diagnostische ordening van de problemen van dit kind een beschrijving gegeven van datgene waaraan op de interne school-SKZ gewerkt is. De diagnostische kennis over het kind is niet losgelaten, maar werd ook niet meer gebruikt als primaire ordening van het onderzoeksmateriaal. In de behandeling van Marga zijn enige fasen te onderscheiden, die kort worden samengevat.

1 *Het in beeld krijgen van de problemen die het schools functioneren beïnvloeden (0 tot 6 maanden)*

In de eerste periode op de interne school-SKZ stond de aanpak van de lichamelijke klachten centraal. Vanuit de leefgroep en de therapie was bekend in welke situaties die klachten het sterkst naar voren kwamen. Deze situaties werden in school vermeden. Als Marga aangaf dat lichamelijke klachten het haar toch onmogelijk maakten om te werken werd een duidelijke keuze geformuleerd. Indien Marga op school bleef, moest ze voldoen aan de (zorgvuldig aan haar aangepaste) eisen. De lichamelijke klachten werden dan verder genegeerd. Wanneer Marga niet aan de eisen kon of wilde voldoen, ging ze voor die schooltijd terug naar de leefgroep. De eerste maanden werd hiervan regelmatig gebruik gemaakt, maar na vier maanden speelden de lichamelijke klachten in het schoolmilieu nauwelijks meer een rol. Op dat moment kon duidelijk worden dat een aantal andere problemen het functioneren van Marga op school beïnvloedde: de sombere buien, het moeizame contact met de leerkracht en de regelmatige conflicten met andere kinderen.

Beleid op de interne school-SKZ: vanuit deze situatie proberen een goede leerkracht-leerlingrelatie met Marga op te bouwen. Voorlopig kwamen het didactisch niveau van presteren en het contact met andere kinderen niet aan de orde.

2 *Het kind vertrouwd maken met de structuur van de interne school-SKZ (6 tot 15 maanden)*

In de leefgroep ontstond een goede volwassene-kindrelatie en was er soms sprake van positieve interacties met andere kinderen. Daarvan vertaalde zich niets naar school. De leerkracht moest blijven geruststellen en beveiligen. Marga accepteerde de leerkracht niet in haar rol waar het ging om het volgen van instructies of het beoordelen van haar werk.

3 *Het opbouwen van een leerkracht-leerlingrelatie (15 tot 20 maanden)*

In de periode voorafgaand aan de opname waren de ouders intensief en op een dagelijkse basis betrokken bij het functioneren van Marga op school. Ook tijdens de opname was het schools functioneren voor hen een belangrijk speerpunt van de behandeling. Inmiddels kon van hen gevraagd worden om zich tegenover Marga neutraal op te stellen wanneer het onderwerp school ter sprake kwam en haar te verwijzen naar leefgroepmedewerkers en leerkracht. Marga ging in het verlengde hiervan van de leerkracht accepteren dat die als volwassene een andere rol had dan de primaire verzorgers of de therapeut. Daarmee werd op school een adequate volwassene-kindrelatie mogelijk, een ontwikkeling die in leefgroep en therapie al eerder was opgetreden.

Beleid op de interne school-SKZ: de aanpassingen in de klas om de lichamelijke klachten te voorkomen konden afgebouwd gaan worden. Pas daarna zou het didactisch niveau van presteren als speerpunt van de

behandeling aan de orde kunnen komen. Binnen de leefgroep bleek het intussen mogelijk om met Marga activiteiten te gaan ondernemen buiten de instelling.

4 *Het opbouwen van schools functioneren richting externe school*  
(20 tot 24 maanden)

Het didactisch niveau ging omhoog, de lichamelijke klachten speelden op school geen rol meer. De leerkracht stelde voor om in het volgende half jaar te pogen een didactische achterstand van anderhalf jaar in te lopen, zodat aansluiting op een externe school mogelijk zou worden. Plaatsing op een externe school was op dat moment in het overleg nog niet aan de orde, omdat Marga midden in het inhalen van de didactische achterstand zat. Vanuit het leefgroepmilieu werd het aantal activiteiten buiten de instelling en de mate van zelfstandigheid daarbij langzaam uitgebreid.

5 *Het afronden van de behandeling op de interne school-SKZ*  
(24 tot 30 maanden)

Een laatste aandachtspunt was de reactie van Marga wanneer de leerstof haar deed denken aan ziekten of medische behandeling. Ze werd dan duidelijk minder taakgericht en maakte fouten, terwijl het niveau van de leerstof geen probleem voor haar was. De leerkracht is enkele weken lang regelmatig dergelijke onderwerpen gaan behandelen. Leefgroepmedewerkers en de therapeut waren hiervan op de hoogte en konden aan de hand van de dagelijkse informatie van de leerkracht met Marga doorpraten hoe zij op de leerstof reageerde. Daarmee werd het probleem opgelost.

Inmiddels was Marga in staat tot positieve kind-kind interacties en kon ze zich terugtrekken als dat niet lukte. Wanneer Marga problemen had, bleef ze zich op school correct gedragen en nam ze de problemen mee naar en/of stelde ze ze uit tot ze in de leefgroep was. De leerkracht sprak van een intrinsieke motivatie voor leren en vond dat Marga aan plaatsing op een basisschool toe was. Met name de leefgroepmedewerkers vonden haar ontwikkeling nog niet stabiel genoeg en wilden nog wachten met een externe schoolplaatsing.

Deze tegenstelling tussen leerkracht en leefgroepmedewerkers werd gedurende zes maanden in de respectievelijke stafnotulen vermeld en steeds weer doorgeschoven naar een volgende stafvergadering. De andere behandelaars namen een neutrale positie in. Ondertussen ging het veranderingsproces op school en in de leefgroep wel door en werd Marga zelf betrokken bij het gesprek over een externe schoolplaatsing.

Het verschil in inzicht tussen leefgroepmedewerkers en leerkracht bleef bestaan. In de laatste stafvergadering voor de zomervakantie besliste de chef de clinique uiteindelijk dat Marga werd aangemeld voor een basisschool in de buurt. De discrepanties in visie hadden dus niet geleid tot een verdere inhoudelijke meningsvorming. Bestaande standpunten zijn telkens weer herhaald. Uiteindelijk is van bovenaf een beslissing geforceerd.

### 3.2.3 Het onderzoek

#### *De aanpak op de interne school-SKZ achteraf beoordeeld*

De ordening van symptomen en de samenvatting van het behandelingsproces in fasen maken het in combinatie mogelijk om achteraf te formuleren waarom een externe schoolplaatsing voor Marga geïndiceerd was. Deze inhoudelijke redenering is opgebouwd vanuit de doelen die op de interne school-SKZ voor Marga zijn nagestreefd:

- 1 de interferenties vanuit de lichamelijke problematiek op het schools functioneren hanteerbaar maken binnen de specifieke structuur van interne school-SKZ;
- 2 een goede leerkracht-leerlingrelatie opbouwen;
- 3 vroegere negatieve schoolervaringen compenseren en zelfvertrouwen opbouwen wat betreft het eigen functioneren op school;
- 4 de didactische achterstand inhalen;
- 5 adequaat klasgedrag opbouwen ten opzichte van andere leerlingen.

Doelstelling 1, 2 en 4 zijn volledig bereikt. Ten opzichte van doelstelling 3 en 5 zijn er ook goede resultaten bereikt. Marga geloofde dat ze op de interne school-SKZ goed functioneerde en ze wist zich zelfstandig te handhaven ten opzichte van haar klasgenoten.

Binnen de interne school-SKZ was verdere groei voor beide doelstellingen niet mogelijk, omdat de structuur en de bescherming die de interne school-SKZ biedt niet verder teruggebracht konden worden. Er is maar een beperkt aantal kinderen, er worden alleen technische vaardigheden aangeboden, prikkels van buiten worden juist weggehouden van het schools leerproces. Verdere groei van Marga wat betreft haar functioneren op school was alleen mogelijk op een externe school. Wanneer Marga op de interne school-SKZ zou blijven, zou haar didactisch niveau wel verder stijgen, maar haar verdere groei tot basisschoolleerling zou stilstaan.

Deze redenering is voorgelegd aan de betrokken leerkracht. Zij herkende deze onmiddellijk als correct.

#### *Consequenties voor het onderzoek*

In het geval van Marga is de mening van de leerkracht onvoldoende inhoudelijk onderbouwd. Een inhoudelijke onderbouwing is pas ontstaan na een bewerking van de status als aparte onderzoeksactiviteit. Het alsnog geformuleerde van een modelstandpunt is gebaseerd op een duidelijke ordening van de symptomen, een overzicht van de behandelingsfasen van Marga op de interne school-SKZ en een formulering van wat wel en wat niet haalbaar is op de interne school-SKZ. De ordening van symptomen is rechtstreeks afgeleid uit de stafnotulen. Het formuleren van fasen in het behandelingsproces en de (on)mogelijkheden van de interne school-SKZ was een arbeidsintensief proces. Een dergelijke ordening ontbrak in overleg en verslaglegging. Daarvoor waren gerichte onderzoeksactiviteiten noodzakelijk, die niet automatisch voortvloeien uit het dagelijks werk met de kinderen.

- Op basis van de ervaringen bij het eerste statusonderzoek is bij het tweede statusonderzoek gericht geprobeerd om een modelstandpunt te formuleren vanuit dezelfde drie bouwstenen: symptomen van het kind, fasen van behandeling, kenmerken van de interne school-SKZ.

### 3.3 De tweede casus: Kim

#### 3.3.1 Het kind

##### *Introductie*

Kim werd op zesjarige leeftijd opgenomen in de instelling. Als opnamereden werd vermeld: "Ernstige lichamelijke mishandeling in de eerste levensjaren. Bij opname in een observatieafdeling voor de TGV (Therapeutische Gezins Verpleging) werd Kim niet geschikt geacht voor een gezinsplaatsing. Onzindelijkheid, grote angsten en bindingsloze contactname wijzen op de noodzaak van klinische behandeling".

Kim was vanaf haar eerste levensmaanden bekend in het medisch circuit met ernstige lichamelijk klachten, zonder dat er geconstateerd kon worden of er sprake was van mishandeling. Toen Kim drie jaar oud was werd ze opgenomen in een MKT (Medisch Kinder Tehuis). Op vijfjarige leeftijd is ze doorgeplaatst naar de observatie-unit van de TGV. Na een observatieperiode van een jaar werd Kim aangemeld bij de eigen instelling. Kim had toen nog nooit een school bezocht. Dit werd niet haalbaar geacht vanwege haar kleinkinderlijke gedrag, haar onvermogen om aandacht te delen met andere kinderen en haar neiging om andere mensen tegen elkaar uit te spelen.

Drie maanden na opname ging Kim op eigen verzoek naar de jongste groep van de interne school-SKZ. Via een één-op-één situatie bij de remedial teacher werd de overgang naar de volgende groep gemaakt. Vier jaar na opname ging Kim een school voor speciaal onderwijs in de regio bezoeken. Ze functioneerde daar didactisch op leeftijdsniveau.

##### *Beeldvorming*

Kim vertoonde in haar gedrag alle kenmerken van een basisonveilig kind. Mogelijk beïnvloedde dit haar werkhouding en haar cognitieve vaardigheden. Daarnaast bestond er ten aanzien van enkele gedragsaspecten twijfel over een mogelijke organische basis daarvoor. Uiteindelijk is de volgende probleeminventarisatie gemaakt:

- Lichamelijk: - zindelijkheidsproblematiek (?);  
 - aandachtsstoornis (?).
- Cognitief: - sensomotorische ontwikkeling en ruimtelijke oriëntatie zijn problematisch, veel omkeringen;  
 - bij heftige emoties verliest Kim de greep op al verworven cognitieve vaardigheden (valt bijvoorbeeld terug in chaotische



denkprocessen of kan nauwelijks meer begrijpelijk formuleren);

- denken, waarnemen en geheugen zijn sterk gekleurd door haar angstige verleden.

Emotioneel:

- angstig en hyperalert door onvoldoende vertrouwen in de volwassene;
- laat zich door volwassenen nauwelijks beveiligen en structureren, zoekt angstige situaties op;
- koppig verzet tegen opdrachtsituaties;
- grote aandachtsbehoefte, kan volwassene niet delen met andere kinderen.

### *3.3.2 De behandeling*

Vanuit de statusgegevens is een overzicht gemaakt van de fasen in het behandelingsproces van Kim op de interne school-SKZ.

#### *1 Het voorwaarden scheppen voor een aanvankelijk leerproces (0 - 14 maanden)*

Er waren problemen in de ruimtelijke oriëntatie, die onder andere naar voren kwamen bij omkeringen van cijfers en letters. Aan deze problemen is door leerkracht en bewegingstherapeut gewerkt. Tegelijkertijd zijn in een klein groepje (drie kinderen) binnen de interne school-SKZ didactische leervoorwaarden aangeboden op oudste kleuterniveau.

Hyperalert gedrag en het nauwelijks op gang komen van een leerkracht-leerlingrelatie belemmerden echter bezig zijn met de opdrachten. Om hierin verbetering te krijgen vroeg men ook in de leefgroep regelmatig van Kim om taakjes te doen voor de leefgroepmedewerkers. Op school vestigde Kim steeds de aandacht op haar zindelijkheidsprobleem. Wanneer zij niet in staat bleek om zelfstandig voor een verschoning zorg te dragen werd zij voor een afgebakende periode naar de leefgroep gestuurd, waar dit opgelost werd door en met de leefgroepmedewerkers.

#### *2 Het aanvankelijk lezen en rekenen opstarten in een één-op-één situatie (15 - 23 maanden)*

Omdat het opbouwen van een goede werkhouding in een kleine groep niet lukte, werd gekozen voor het opstarten van het aanvankelijk leerproces in een één-op-één situatie. De voorwaarden die ontbraken in de emotioneel-sociale ontwikkeling werden daarmee ondervangen, het verwerven van didactische vaardigheden kreeg prioriteit.

Koppig verzet tegen de opdrachtsituatie stond nog vaak centraal. Kim moest gaan accepteren dat de leerkracht haar gedrag reguleerde. Daadwerkelijke succeservaringen zouden daarna de basis moeten gaan vormen voor een betere werkhouding en een eigen motivatie voor schools leren. Ten

aanzien van de zindelijkheidsproblematiek werd eenzelfde beleid gevolgd als het jaar daarvoor.

**3 *Het ingroeien in een kleine klas met behoud van didactische vorderingen (23 - 31 maanden)***

In deze periode kwam Kim didactisch op leeftijdsniveau. Ze leerde echter maar heel moeizaam om ook buiten een één-op-één situatie taakgericht bezig te zijn. Dit lukte alleen als de classesituatie strikt gestructureerd was en aangepast was aan haar onrust.

In de leefgroep stonden in deze periode het bezig zijn met haar traumatische verleden en haar trieste stemmingen centraal. De zindelijkheidsproblematiek bleef onveranderd.

De leerkracht signaleerde dat Kim niet vooruitgang in schools gedrag en werkhouding en vond het noodzakelijk dat er hogere eisen gesteld gingen worden.

**4 *De omslag maken naar een externe schoolplaatsing (32 - 41 maanden)***

Het lukte niet om binnen de interne school-SKZ Kim een meer zelfstandige werkhouding te laten opbouwen. Kim ervoer de hogere eisen ten aanzien van haar werkhouding als een verlies van privileges. De leerkracht vond dat Kim niet langer op haar plaats was op de interne school-SKZ, maar stond daarin alleen.

De andere disciplines waren tevreden over de vorderingen in het behandelingsproces. De leefgroepmedewerkers werkten hard met Kim aan oriëntatie op de wereld buiten de instelling (gymclubje, boodschappen doen, bibliotheekbezoek, enzovoorts). Kim zelf wilde absoluut niet naar een externe school, met name omdat er nog geen oplossing was voor haar zindelijkheidsproblematiek. Uiteindelijk besliste de beleidspsychiater tot aanmelding bij het speciaal onderwijs, waardoor voor Kim en de leefgroepmedewerkers duidelijk werd op welke termijn een externe schoolplaatsing onvermijdelijk was. Op het moment dat de externe schoolplaatsing rond was, werd ook voor een definitieve ondervanging gekozen van haar onzindelijkheid wat betreft urine.

### **3.3.3 *Het onderzoek***

***De aanpak op de interne school-SKZ achteraf beoordeeld***

Er bestond geen verschil van mening over het veranderingsproces van Kim. De onvrede van de leerkracht had vooral betrekking op de functie van school binnen dat veranderingsproces. Terwijl de andere disciplines tevreden waren over wat er met Kim bereikt was op de interne school-SKZ, was de leerkracht van mening dat de behandelingsresultaten onvoldoende waren. Om dit verschil in visie duidelijk te krijgen is achteraf met de leerkracht samen geformuleerd welke doelen op de interne school-SKZ centraal hebben gestaan:

- 1 op leeftijdsadequaat niveau brengen wat betreft de leerstof;
- 2 opbouwen van een goede leerkracht-leerlingrelatie;
- 3 bereiken van constant niveau van functioneren;
- 4 opbouwen van een goede werkhouding;
- 5 opbouwen van adequaat klasgedrag.

Doelstelling 1 en 3 zijn bereikt. Ten aanzien van de andere doelstellingen geldt dat Kim goed functioneerde wanneer in de schoolse context haar emotionele en/of gedragsproblemen steeds werden ondervangen (voorstructureren van alle activiteiten, schoolklimaat en attitude van de leerkracht in het verlengde van de leefgroep, werken in een één-op-één situatie of in een kleine groep). In leefgroep en therapie was men tevreden met deze stand van zaken. De aanpak op school werd als aanvullend ervaren op de behandeling in de leefgroep en individuele therapie. Emotionele problemen stonden in deze milieus centraal. Kim hoefde niet te voldoen aan allerlei eisen die normaal zouden zijn voor een meisje van haar leeftijd, omdat het verwerken van haar verleden en het opbouwen van een nieuw soort vertrouwensrelatie met de volwassene voorop stond. Binnen een dergelijke benadering paste het dat op de interne school-SKZ ondervanging van de emotionele en/of gedragsproblemen van Kim centraal stond.

De onvrede van de leerkracht was uiteindelijk terug te voeren op deze invulling van de doelstellingen 2, 4 en 5. Voor de leerkracht was veel meer van belang dat Kim op de interne school-SKZ ging veranderen in een 'normale leerling'. In de gesprekken werd dit laatste (veranderen van kindkenmerken waardoor een externe schoolplaatsing mogelijk wordt) behandelen genoemd. Bij Kim is de behandelingscomponent op de interne school-SKZ onvoldoende tot zijn recht gekomen. Dit interfereerde niet met de bredere behandelingsdoelstelling die in leefgroep en individuele therapie werd nagestreefd. De onvrede van de leerkracht kreeg daarom geen plek in het circuit van overleg en verslaglegging. De andere invulling van de doelstellingen 2, 4 en 5 kon ook pas geformuleerd worden na een aantal gesprekken tussen de leerkracht en de onderzoekster.

### *Consequenties voor het onderzoeksproces*

Inhoudelijk resultaat van de gesprekken is de conclusie dat de doelstelling van de aanpak op de interne school-SKZ breder is dan het bereiken van leervorderingen bij moeilijke kinderen. Het is niet voldoende om een situatie te scheppen waarin het kind didactische vorderingen maakt. Het kind moet veranderen, zodat terugplaatsing in een meer normale schoolsituatie mogelijk wordt. Voor de leerkrachten is de dubbele doelstelling (onderwijzen en behandelen) een essentieel kenmerk van de interne school-SKZ. In het geval van Kim is de behandelingsdoelstelling van school echter door de andere disciplines niet als noodzakelijk ervaren en dus ook niet ondersteund.

Deze conclusie werd teruggekoppeld naar de interne begeleider van het onderzoek. Bij systematisch doorpraten van alle kinderen bleek dat de dubbele doelstelling een rol speelde in het beleid van een aantal kinderen dat op dat

moment de interne school-SKZ bezocht. In de verslaggeving en stafnotulen was dat echter niet expliciet terug te vinden. Dit wijst erop dat deze begrippen een rol spelen in het impliciete ordeningsmodel dat gebruikt wordt voor het handelen op de interne school-SKZ.

Hoe belangrijk deze tweedeling is en hoe deze begrippen zich verhouden tot de fasen die in het eerste statusonderzoek genoemd zijn was in deze fase van het onderzoek nog onduidelijk. Via systematisering van een derde behandelingsproces is geprobeerd hier meer duidelijkheid over te krijgen.

### **3.4 De derde casus: Diederik**

#### *3.4.1 Het kind*

##### *Introductie*

Diederik was 6½ jaar oud toen hij werd opgenomen in de instelling. Als opnamereden werd geformuleerd: "Emotionele en sociale ontwikkelingsachterstand bij een jongen met een gemiddelde intelligentie. Dit op basis van een langdurig verblijf in een onvoldoende steun- en affectie biedend gezinsmilieu. De TGV (Therapeutische Gezins Verpleging) acht (na klinische observatie) kinderpsychiatrische behandeling noodzakelijk, voordat een pleeggezin in aanmerking komt".

Diederik had als peuter een jaar in een MKT (Medisch Kindertehuis) gewoond, omdat zijn moeder niet in staat was hem op te vangen. Op vierjarige leeftijd woonde hij weer thuis en bezocht hij van daaruit iedere dag het MKD (Medisch Kleuterdagverblijf). Dit MKD had geen kleuterklasje, Diederik functioneerde voortdurend in een leefgroepmilieu. De toestand thuis veranderde niet ten goede en op zesjarige leeftijd werd een OTS (onder toezichtstelling) uitgesproken. Diederik werd opgenomen in de observatieafdeling van de TGV. Hij had toen nog geen enkele schoolervaring. Vanuit de observatieafdeling bezocht hij een half jaar de onderbouw van een ZMOK-school. Daar constateerde men dat er geen hiaten waren in de beheersing van de didactische leervoorwaarden. Faalangst, gebrek aan doorzettingsvermogen en verhoogde afleidbaarheid zouden echter speciaal onderwijs voor lange tijd noodzakelijk maken.

Vijf maanden na opname in de kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek ging Diederik naar de jongste groep van de interne school-SKZ. In een groepje van drie kinderen werden de lees- en rekenvoorwaarden nog eens systematisch aangeboden en werd gewerkt aan een betere werkhouding. Na een jaar werd het aanvankelijk lezen en rekenen opgestart in een één-op-één situatie. Er waren redelijke vorderingen bij het rekenen, het leesproces kwam niet op gang. Diederik werd overgeplaatst naar de middengroep van de interne school-SKZ. Uitbouw van frequentie van schoolbezoek mislukte. Uiteindelijk was er sprake van een leerstilstand bij alle vakken. De meeste schooltijden

moesten halverwege afgebroken worden. Diederik zat inmiddels 2½ jaar op de interne school-SKZ.

### *Beeldvorming*

Diederik zat op het moment van onderzoek in de middenfase van zijn klinische behandeling. Bij de andere twee kinderen die besproken zijn was het na het lezen van de status mogelijk om een goed overzicht te geven van de problemen die een rol speelden in de verschillende ontwikkelingsgebieden. Bij Diederik leidde een dergelijke ordening tot een systematische opsomming van diagnostische onduidelijkheden:

- Lichamelijk: - motorische onrust;
  - aandachtsstoornis (?).
- Cognitief: - cognitief niveau en eventuele leerproblemen zijn niet goed vast te stellen, omdat Diederik op iedere opdracht waaraan hij niet kan voldoen reageert met gedragsexplosies en met het weigeren van verdere opdrachten.
- Emotioneel: - hyperalert door onvoldoende vertrouwen in de volwassene;
  - veel tijd nodig om een relatie op te bouwen met de leerkracht, lange agerende fase;
  - kan emotionele problemen niet uitstellen totdat hij terug is in de leefgroep;
  - als Diederik op school niet aan een opdracht kan voldoen, verdraagt hij dat niet en reageert zoals in de testsituatie.

De leerkracht maakte de volgende samenvatting van de vorderingen van Diederik op de interne school-SKZ: "Het gedrag van Diederik is in de loop van het afgelopen jaar veranderd van agerend naar coöperatief, hij wil uiteindelijk werken voor de leerkracht. De overbeweeglijkheid is ook afgenomen, de concentratie is een probleem gebleven. Naast de concentratie is het leesproces problematisch. Diederik beheerst alle deelvaardigheden, maar het lezen komt niet op gang. Diederik blijft radend lezen, meestal naar aanleiding van de plaatjes die bij de tekst staan. Wat de invloed van een verbeterde concentratie op het lezen zal zijn is een open vraag.

Op grond van de rekenprestaties zou een MLK-school haalbaar kunnen zijn. De slechte concentratie en het ontbreken van vorderingen bij het lezen maken dat echter onmogelijk".

### *3.4.2 De behandeling*

Vanuit de status is een overzicht gemaakt van de fasen in het behandelingsproces van Diederik op de interne school-SKZ.

1 *Het voorwaarden scheppen voor een aanvankelijk leerproces  
(0 tot 12 maanden)*

Het doel van het werken in de onderbouw was dat Diederik een goede taakgerichtheid ging ontwikkelen. Dit mislukte omdat Diederik zich niet af kon sluiten voor het negatief gedrag van andere leerlingen. Er ontstond wel een goede leerkracht-leerlingrelatie.

2 *Het aanvankelijk lezen en rekenen opstarten in een één-op-één situatie  
(12 maanden - 22 maanden)*

Het aanvankelijk lezen en rekenen werd aangeboden door de leerkracht van de onderbouw. Daarnaast werd geprobeerd om die goede leerkracht-leerlingrelatie in een één-op-één situatie uit te breiden naar de leerkracht van de middenbouw. Het voornaamste doel was om taakgericht gedrag onder controle te brengen van de leerkracht. Het klassebezoek moest in die periode helemaal afgebouwd worden omdat Diederiks gedrag alleen in een individuele situatie onder controle te houden was.

Het gedrag van Diederik bleef stemmingsafhankelijk. Wanneer er problemen waren in de leefgroep kon hij die op school niet van zich af zetten, maar nam hij de onrust mee. Het rekenonderwijs sloeg aan, het leesproces kwam niet op gang. Psychodiagnostisch onderzoek mislukte, omdat het explosieve gedrag interfereerde.

3 *Het opbouwen van taakgericht gedrag in een classesituatie  
(22 maanden - 28 maanden)*

Diederik werd in de middenbouw geplaatst in een groepje van drie kinderen. Na een periode van agerend gedrag accepteerde hij dit en leerde hij om ook in de classesituatie te profiteren van de goede leerkracht-leerlingrelatie. De motorische onrust liep na enkele maanden echter weer hoog op. De concentratieproblemen bleven.

Het leren stond uiteindelijk stil in de klas en in de één-op-één situatie. Diederik moest meestal halverwege zijn schooltijd teruggebracht worden naar de groep, omdat zijn gedrag niet te reguleren en te beheersen was. Dit kon in de individuele situatie wel teruggedraaid worden, in de classesituatie niet.

Psychodiagnostisch onderzoek bleef vastlopen op het explosieve gedrag.

### *3.4.3 Het onderzoek*

#### *De aanpak op de interne school-SKZ achteraf beoordeeld*

Het is niet gelukt om in ruim twee jaar zicht te krijgen op de verschillende problemen die een rol speelden bij het schools leren van Diederik. Er bestond nog steeds onzekerheid over de cognitieve problemen (was er wel of geen sprake van een dyslexie) en over de oorzaak van zijn ongeconcentreerd gedrag (hyperalert vanuit onvoldoende vertrouwen in de volwassene of concentratie-

problemen op een meer organische basis). Psychodiagnostisch onderzoek leverde geen handvatten op omdat Diederik voor een goede werkhouding volledig afhankelijk was van een goede volwassene-kindrelatie, die over langere tijd in een niet prestatiegerichte/veilige sfeer moest worden opgebouwd. Het was dus niet mogelijk om op de interne school-SKZ een behandelingsplanning te maken puur op basis van kindkenmerken. Een modelstandpunt formuleren op geleide van inzicht in de problemen van Diederik was daarmee niet mogelijk.

Vervolgens is het verschil in visie tussen leefgroepmedewerkers en de betrokken therapeut enerzijds en leerkracht anderzijds uitgewerkt. Dit omdat deze stap bij Kim duidelijkheid verschafte over de onvrede van de leerkracht. In de fase dat het leerproces bij Diederik volledig vastliep, is de leerkracht het schools leerproces als voornaamste doelstelling gaan hanteren. De beleidspsychiater en de medewerkers van de leefgroep zijn zich vooral gaan afvragen waarom de goede resultaten in therapie en leefgroep zich niet vertaalden in een betere werkhouding op school. De leerkracht en de andere deelnemers aan het overleg zijn bovendien gaan praten vanuit van elkaar verschillende fasen van behandeling. De leerkracht praatte over plaatsing in een vorm van speciaal onderwijs als afsluiting van alles wat er geprobeerd was. De andere deelnemers praatten over het opstarten van een leerproces op de interne school-SKZ, zochten nog steeds naar de voorwaarden die geschapen moesten worden om Diederik tot presteren te brengen.

Een eerste resultaat van deze analyse was, dat er gezocht moest worden naar overeenstemming over de fase van behandeling wat betreft schools functioneren. Met alle deelnemers aan het stafoverleg werd afgesproken om nog éénmaal een voorwaardelijke fase op te starten. Met een voorwaardelijke fase werd bedoeld een fase waarin niet het maken van leervorderingen of verbeteringen in gedrag en werkhouding centraal staan, maar de vraag onder welke omstandigheden het lukt om een lessituatie aan te bieden waarin Diederik succesvol kan zijn.

Een tweede resultaat van de analyse was de beslissing om een dergelijke fase niet meer in te richten op specifieke problemen van Diederik, die in een bepaalde volgorde moeten worden behandeld. In zo'n voorwaardelijke fase moest ondervervanging van alle mogelijke problemen centraal staan. Dit betekende concreet:

- medicatie voor een organisch bepaalde aandachtsstoornis;
- leesonderwijs afgestemd op een kind met een ernstige dyslexie: hardop lezen werd niet meer als eis gesteld;
- op school werd alleen materiaal aangeboden dat geleidelijk in de buurt kwam van wat Diederik nog niet beheerste. Materiaal van het zelfde niveau werd in de leefgroep aangeboden zodat hij bij hem meer vertrouwde volwassenen kon oefenen in omgaan met die leerstof en van hen hoorde dat zij deze lesstof belangrijk voor hem vonden. In psychotherapie werd de nadruk gelegd op het vergroten van zijn frustratietolerantie;

- op alle fronten werd met Diederik het gesprek geopend over wat hij wel en niet kon en dat daarbij oorzaken buiten zijn inzet een rol speelden (onmacht versus onwil).

Met dit pakket aan maatregelen kwam er weer beweging in het behandelingsproces op de interne school-SKZ. Technisch lezen bleef problematisch maar inzichtelijk lezen en taal gingen wel vooruit. Na drie maanden was Diederik in staat om iedere schooltijd aanwezig te blijven zonder gedragsproblemen of werkweigering en ging er gepraat worden over schooluitbreiding. Weer drie maanden later werd Diederik leerling in de oudste groep van de interne school-SKZ. Een jaar nadat het beleid dusdanig ingrijpend was veranderd werd hij met succes op een LOM-school geplaatst.

### *Consequenties voor het onderzoek*

Bij de eerste twee statusonderzoeken is duidelijk geworden dat er verschillende fasen te onderscheiden zijn in het behandelingsproces op de interne school-SKZ en dat verschillende doelen (behandelen of onderwijzen) centraal kunnen staan. Het bleek achteraf mogelijk om behandelingskeuzen te expliciteren ten aanzien van deze elementen. Conclusie vanuit bestudering van het behandelingsproces van Diederik was dat de keuze tussen behandelen en onderwijzen niet eens aan de orde kwam, omdat het niet lukte om een schoolsituatie te scheppen waarin hij met succes kon functioneren. Daarmee is duidelijk geworden dat meestal op de interne school-SKZ een voorwaardelijke fase noodzakelijk is waarin tegemoet gekomen wordt aan de beperkingen van het kind. Duidelijkheid over een dergelijke voorwaardelijke fase maakte het mogelijk om een nieuwe interventie op te zetten op de interne school-SKZ, zonder dat er meer duidelijkheid ontstaan was over de kindkenmerken die een rol speelden bij het stuklopen van eerdere pogingen. De aanname dat expliciteren van een behandelingsconcept een gunstige invloed heeft op het verder stroomlijnen van de overlegsituaties is daarmee in dit specifieke geval bevestigd. Een dergelijke bevestiging was niet mogelijk geweest wanneer alleen afgeronde behandelingsprocessen als onderwerp van onderzoeksactiviteiten waren gebruikt. Op basis van de onderzoekservaringen tot op dat moment wordt in subhoofdstuk 3.5.2 het onderzoeksproces geordend.

Tegelijkertijd is de scheidslijn tussen onderzoek als een gecontroleerde manier van theorievorming en klinische behandeling gevaarlijk klein geworden. Inzichten die tijdens het onderzoek ontstonden, hebben meteen hun weg gevonden naar de klinische praktijk. Wanneer een overlegsituatie of een individueel kind zou kunnen profiteren van een andere kijk op de aanpak op de interne school-SKZ werd dit mede een punt van overleg. Vanuit deze overwegingen is het wenselijk geacht het vervolgonderzoek te verleggen naar een andere context of naar kinderen waarbij het behandelingsproces op de interne school-SKZ al is afgerond.



### 3.5 Een eerste ordening

#### 3.5.1 *De manier van werken op de interne school-SKZ*

Voor een drietal kinderen is het behandelingsproces op de interne school-SKZ in een aantal fasen beschreven. Er zijn grote individuele verschillen, maar er tekenen zich ook overeenkomsten af. De aanpak op de interne school-SKZ kan op verschillende momenten in de behandeling op diverse manieren worden ingevuld.

##### *De interne school-SKZ als verlengstuk van de kinderpsychiatrische behandeling*

In de eerste periode functioneert de interne school-SKZ in het verlengde van de leefgroep. Het behandelingsproces in leefgroep en individugerichte therapie staat centraal. De interne school-SKZ kan verregaand tegemoet komen aan de onmogelijkheden van het kind, omdat er meer faciliteiten zijn dan in het basis- en speciaal onderwijs en omdat de formele regelgeving van het Ministerie van OCW niet van toepassing is. De leerkracht probeert zelfs in extreme omstandigheden toch nog enige schoolse vorderingen bij het kind te bereiken. Daarbij staat het scheppen van veiligheid en maximaal tegemoet komen aan de onmogelijkheden van het kind die ontwikkeling in de weg staan centraal. De beleidspychiater zal proberen om een model van behandeling dat elders goed is gaan functioneren om te zetten naar de schoolsituatie.

Er is sprake van een klein aantal schooltijden waarin bekeken wordt in hoeverre de verschillende doelen van leerkracht en beleidspychiater gehaald worden. Als het goed gaat, sporen de ervaringen: de leerkracht merkt dat het kind bij maximale ondervanging vorderingen gaat maken in schoolse leren; de beleidspychiater merkt dat de groei in relatievorming en greep op zichzelf/omgeving ook op school gebruikt wordt.

##### *De aanpak op de interne school-SKZ als eigen behandelingsvorm*

De interne school-SKZ krijgt een duidelijke eigen plek in de behandeling met doelen die niet gemakkelijk op een andere plaats in het behandelingsmilieu kunnen worden nagestreefd: opbouwen van een gezonde werkhouding en maken van schoolse vorderingen. Als er in deze fase conflicten ontstaan gaat het over welke van die twee doelstellingen de grootste prioriteit heeft. Zolang er voldoende bereikt wordt ten aanzien van de beide doelstellingen, worden die conflicten niet geëxpliciteerd. Bij onvoldoende resultaat kan er een machtsstrijd volgen over de vraag of de interne school-SKZ nou wel of niet een school is (staat behandelen of onderwijzen centraal?).

Idealiter maakt het kind voldoende vorderingen en accepteert het een geleidelijke afbouw van de ondervanging. Wanneer die afbouw ten koste gaat van schoolse vorderingen, ontstaat hetzelfde, zojuist geschetste conflict tussen onderwijsdoelstellingen en groei ten aanzien van emotioneel-sociale doelen.

*De interne school-SKZ als vervanging voor of overgang naar extern onderwijs*  
In de laatste fase wordt gewerkt aan de overgang naar een externe school. De leerkracht zal gericht zijn op het verder uitbouwen van het didactisch niveau en een zelfstandige werkhouding. Onderwijzen staat centraal. De doelstelling van de beleidspychiater zal veel breder liggen. Het kind moet leren omgaan met andere milieus dan dat van de behandelingsinstelling. Sociale ontwikkeling staat centraal. De interne school-SKZ zal vaak pas op de plaats moeten maken, omdat op andere plaatsen in het behandelingsmilieu nog naar doelen gestreefd wordt die ook voorwaardelijk zijn voor een geslaagde plaatsing op een externe school.

### 3.5.2 *Het onderzoek*

Het formuleren van de verschillende manieren van werken op de interne school-SKZ is een gevolg van de onderzoeksactiviteiten tot nu toe en past op de drie casusbeschrijvingen. Het is niet mogelijk om de beschrijving stap voor stap terug te vinden in de drie statusonderzoeken. Het inhoudelijk resultaat is op meer gebaseerd dan de drie statusonderzoeken alleen. De statusonderzoeken vormen niet de enige bron voor het voorlopige onderzoeksresultaat. De statusonderzoeken zijn gebruikt om aanwezige impliciete kennis te expliciteren.

Dit wordt verklaard doordat er in dit onderzoek sprake was van een 'linkage model' (Van Dijk, De Goede, 't Hart, Teunissen, 1991): de onderzoeker maakt langdurig en intensief deel uit van de onderzochte praktijksituatie. De onderzoeksresultaten zijn getriggerd door de onderzoeksactiviteiten en zijn gebaseerd op veel meer ervaringen dan die van het onderzoek alleen. In het model mogen geen dingen opgenomen worden die met de data in tegenspraak zijn. Tegelijkertijd wordt in het model de verzameling data wel overstegen.

De gevolgde methode van onderzoek wijkt daarmee af van de manier van werken zoals die besproken werd door Glaser en Strauss (1967) en in hun verlengde door Wester (1987). Deze onderzoekers beschreven een manier van data verwerken, waarbij de theoretische concepten stap voor stap worden afgeleid uit de verzamelde data. Het verschil met de in dit onderzoek gehanteerde werkwijze moet verklaard worden vanuit een verschil in beginsituatie. Glaser en Strauss gingen uit van een onderzoeksgebied waarop de onderzoeker zich nog geheel moet inwerken en ideeën over ordening en relevante concepten nog moeten ontstaan. In dit onderzoek is wel sprake van ordening vooraf, maar deze ordening was in aanvang slechts impliciet (ook bij het onderzoeksteam) aanwezig.

Bij de keuze voor een volgende onderzoeksstap hebben een aantal overwegingen een rol gespeeld.

Ten eerste bleek dat de bewerking van de statusgegevens in toenemende mate onvoldoende is als onderzoeksactiviteit. Bij Marga was het bewerken van de status nog de belangrijkste onderzoeksactiviteit. Bij Kim was het statusonderzoek onvoldoende om achteraf te formuleren waarom de leerkracht ontevreden was over het behandelingsproces op de interne school-SKZ. Bij Diederik was er sprake van een breed multidisciplinair overleg over enerzijds de diagnostische onduidelijkheid en anderzijds het behandelingsaanbod. De beoordeling van het behandelingsproces op de interne school-SKZ en de te nemen maatregelen zijn binnen het hele behandelingsteam uitvoerig onderwerp van gesprek geweest. Dit pleit ervoor om statusonderzoek als onderzoeksmethode te verlaten.

Ten tweede werd in paragraaf 3.4.3 geconstateerd dat statusonderzoek bij kinderen die op dat moment de interne school-SKZ bezochten niet wenselijk wordt geacht vanuit onderzoeksoverwegingen. Er is gekozen voor reflectie op bestaand handelen, niet voor ingrijpen (meer of minder gecontroleerd) in dat handelen. Voortzetting van het statusonderzoek kan binnen dat uitgangspunt alleen wanneer kinderen gekozen worden die al op een externe school functioneren. Er moet dan gebruik gemaakt worden van verslagen van gemiddeld twee jaar geleden. In die twee jaar is het inzicht in de aanpak op de interne school-SKZ (mede onder invloed van de onderzoeksactiviteiten) aanzienlijk gegroeid. Er werd meer gericht behandeld, keuzen werden meer expliciet gemaakt. De vragen die op dat moment van onderzoek al gesteld konden worden zijn alleen indirect te beantwoorden vanuit statussen van voor de onderzoeksperiode. De ordening van het materiaal is door de onderzoeksactiviteiten inmiddels achterhaald. Daarom is er de voorkeur aan gegeven om activiteiten te ontplooiën die beter aansluiten bij de inzichten die op dat moment beschikbaar waren. Interviews met de vorige school van ieder nieuw opgenomen kind bieden die mogelijkheid.

Een derde overweging bij de keuze van de volgende onderzoeksstap is kennisinhoudelijk. Er is in de beschrijving van de manier van werken op de interne school-SKZ gezocht naar de beschrijving van een vakgebied, naar de ordening van een behandelingsmethodiek. Fournier en Kalisvaart (1978) gaven aan dat bij het beschrijven van een therapievorm de bijdragen van verschillende disciplines niet autonoom kunnen blijven. De verschillende vakgebieden moeten aan elkaar gerelateerd worden en een eigen vakgebied gaan vormen met eigen wetten. Bij de beschrijving die gegeven is van drie vormen van handelen op de interne school-SKZ is het eerder zo dat de tegenstelling tussen de doelstellingen onderwijzen en behandelen van emotioneel-sociale problematiek voor een aantal fasen duidelijk is verwoord. Beiden zijn niet opgegaan in een overkoepelend kader, maar vormen tegengestelde doelstellingen waartussen geschipperd moet worden. Dit is een logische consequentie van de onderzoeksvraag waarmee de verschillende statussen benaderd zijn. De beschrijving wordt bepaald door de manier van overleg en behandelingsplanning in de eigen instelling.

- Reflectie op lopende behandelingsprocessen wordt niet wenselijk geacht als onderzoeksmethode. De verzamelde kennis is bovendien sterk gekleurd vanuit de overlegsituaties binnen de onderzoekscontext. Vanuit deze overwegingen is de stap gemaakt naar een verdere ordening van de manier van werken op de interne school-SKZ door het contrast te zoeken met de manier van werken in basis- of speciaal onderwijs. Dit komt aan de orde in hoofdstuk 4.

## 4 Vergelijking met voorafgaande scholen

In hoofdstuk 4 wordt gezocht naar een afgrenzing van de manier van werken op de interne school-SKZ ten opzichte van werkvormen in basis- en speciaal onderwijs.

In subhoofdstuk 4.1 komt aan de orde op welke manier deze vraag is omgezet in onderzoeksactiviteiten.

In subhoofdstuk 4.2 wordt de laatste schoolsituatie voorafgaand aan de opname van tien kinderen geordend vanuit verschillende invalshoeken. Voor ieder kind komt de schoolsituatie ter sprake, de visie van de leerkracht van de school van herkomst en het commentaar vanuit de interne school-SKZ.

In subhoofdstuk 4.3 wordt het  $N = 1$  niveau losgelaten en worden meer algemene conclusies getrokken over het verschil in benadering tussen de interne school-SKZ en basis- en speciaal onderwijs.

Het geheel wordt afgesloten met enkele conclusies over het onderzoeksproces in subhoofdstuk 4.4.

### 4.1 Onderzoeksmethode

Bij opname van een kind in de kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek van het Sophia Kinderziekenhuis wordt altijd contact opgenomen met de laatste school voor opname. De leerkracht van de interne school-SKZ informeert naar de leerprestaties van het kind en in hoeverre het kind geplaatst kon worden in een groep. Deze informatieverzameling is alleen gericht op kindkenmerken. Analooq aan de stap bij de statusonderzoeken in hoofdstuk 3 is deze bestaande manier van gegevens verzamelen uitgebreid naar expliciteren van de keuzen die door vakmensen zijn gemaakt bij een aantal multi problem kinderen. Om dit mogelijk te maken zijn gedurende deze fase van het onderzoek de contacten met de scholen van herkomst van de opgenomen kinderen uitgevoerd in de vorm van een persoonlijk gesprek met de leerkracht van de vorige school.

Er zijn gesprekken gevoerd over tien kinderen die in een bepaald tijdvak opeenvolgend opgenomen zijn. De gesprekken zijn enkele weken na de opnamedatum gevoerd. Elk van de ouders of verzorgers heeft toestemming gegeven voor een interview. Op verzoek van de ouders of verzorgers hebben

alle scholen meegewerkt. Het directe klinische belang van de gesprekken en de motiverende rol van de ouderbegeleider die toestemming vroeg aan de ouders of verzorgers waren voldoende om ieders medewerking te verkrijgen.

De gesprekken waarvan in dit hoofdstuk verslag wordt gedaan betreffen drie kinderen van zes jaar, drie van zeven jaar, twee van acht jaar, één van negen jaar en één van tien jaar oud. Alle kinderen op één na bezochten voorafgaand aan de opname een school. Voor vijf kinderen was dit een basisschool. Eén kind bezocht een vorm van speciaal onderwijs in afwachting van de opname in de kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek. Drie kinderen waren al bekend met leerproblemen en bezochten een vorm van speciaal onderwijs (LOM-onderwijs, school voor spraak- en taalgestoorden). Eén kind bezocht tot aan de opname een MKD en was op elke vorm van speciaal onderwijs geweigerd. Bij dit kind werd informatie verstrekt door de groepsleidsters. Leeftijdsopbouw van de groep en verdeling van de scholen van herkomst komen overeen met die van de groep van 93 opgenomen kinderen die beschreven werd in hoofdstuk 1.

Bij de gesprekken is waar mogelijk een vaste opbouw gehanteerd. Eerst is gevraagd voor welke problemen het kind de leerkracht stelde: een beschrijving van kindkenmerken. Daarna kwam aan de orde welke oplossingen door de leerkracht waren uitgeprobeerd en waarom deze wel of geen effect hadden. Uiteindelijk is gevraagd of de leerkracht de opname in een kinderpsychiatrische kliniek noodzakelijk vond en zo ja, waarom. Indien mogelijk formuleerde de leerkracht daarbij wat voor het kind een ideale vorm van schoolse opvang zou zijn en waarom.

Deze opbouw maakt een geleidelijke overgang van praten over kindkenmerken naar reflectie op eigen handelen mogelijk. Van de leerkracht wordt daarbij gevraagd om zijn of haar ideeën over de aanpak en de consequenties van ernstige emotionele en/of gedragsproblemen in de klas te expliciteren op N = 1 niveau.

De vragen die tijdens de interviews gesteld zijn, de rol van de leerkracht van de interne school-SKZ en onderzoekster daarbij en de onderdelen waarop wel en niet uitgebreider ingegaan is, werden per interview ter plekke gekozen. Het verhaal dat de leerkracht vertelde en de vragen die dit opriep zijn daarbij bepalend geweest. Het klinisch belang van de gesprekken bleef voorop staan. Het verzamelen van gegevens die noodzakelijk waren voor de toekomstige behandeling op de interne school-SKZ, het voorkomen van interferenties in het contact tussen ouders en school over eventuele andere kinderen en het ordenen en afsluiten van een periode die door de leerkracht vaak als negatief en belastend ervaren was hadden prioriteit boven de onderzoeksdoelstellingen.

Ook vanuit de onderzoeksopzet zijn argumenten aan te voeren voor gesprekken die maar in beperkte mate worden voorgestructureerd:

- voor een gestructureerd interview of een vragenlijst is het noodzakelijk dat de onderzoeker van te voren een goede probleemdefinitie heeft met daaruit voortvloeiende vragen. Van de respondent wordt verwacht dat hij

of zij reageert in termen van het theoretisch framework van de onderzoeker (Guba, Lincoln, 1988). Doel van het onderzoek naar de manier van werken op de interne school-SKZ is om een dergelijk referentiekader te ontwikkelen. In deze fase van het onderzoek was zo'n referentiekader voor het structureren van de vraaggesprekken nog niet beschikbaar;

- de leerkracht moet inzichten formuleren waarover hij of zij tot op dat moment nog niet heeft nagedacht en die moeilijk te expliciteren zijn. Een persoonlijke sfeer en een vergaande aanpassing van de te stellen vragen aan kennisniveau en persoonlijkheid van de leerkracht zijn daarom noodzakelijk;
- de gesprekken met vorige scholen zijn telkens kort na de opname gepland. De tijdstippen van de gesprekken liggen in de tijd gespreid (tien gesprekken in een jaar tijd). In deze periode is door de diverse onderzoeksactiviteiten toenemend zicht ontstaan op de behandeling van kinderen met een combinatie van psychopathologie en schoolproblemen. Door de vrije vorm van de interviews kunnen deze nieuwe inzichten steeds worden ingebracht. De vragen worden daardoor in de loop van de tijd steeds scherper geformuleerd en de gesprekken worden toenemend gebruikt voor een toetsing en aanscherping van de ontwikkelde ideeën.

De gesprekken varieerden in vorm, ook de inhoud van de gesprekken verschilde sterk wanneer de situatie van de diverse kinderen als uitgangspunt genomen werd. Bij de analyse achteraf is echter het impliciete ordeningsmodel over schoolse opvang van kinderen met ernstige emotionele en/of gedragsproblemen telkens de vaste kern geweest. Om te waarborgen dat het impliciete ordeningsmodel gebruikt werd als referentiekader tijdens de gesprekken in plaats van de visie op een concreet kind is steeds gepraat over kinderen over wie bij de onderzoekster nog geen gegevens bekend waren.

De gesprekken met de leerkracht van de vorige school zijn steeds gevoerd door de onderzoekster en een leerkracht van de interne school-SKZ. Direct na afloop van ieder gesprek is door hen gezamenlijk een aantal reacties geformuleerd vanuit het gedeelde (impliciete) ordeningsmodel van de interne school-SKZ. De af te nemen interviews zijn verdeeld over de drie verschillende leerkrachten van de interne school-SKZ. De leerkracht die het kind onder haar hoede zou krijgen is meegegaan naar de school van herkomst.

Het gesprek met de leerkracht van de vorige school en de reacties daarop van onderzoekster en de leerkracht van de interne school-SKZ zijn samengevat door de onderzoekster. Omdat er tijdens de interviews en daarna gezocht werd naar een interpretatie van hetgeen gezegd werd binnen een specifiek (impliciet) theoretisch kader moest de samenvatting ook beoordeeld worden door iemand die bekend was met dat theoretisch kader (Kvale, 1987). De samenvatting is daarom door de leerkracht van de interne school-SKZ op herkenbaarheid beoordeeld en niet door de leerkracht van de vorige school. De oorspronkelijke samenvattingen zijn niet opgenomen in het onderzoeksverslag. Het onderzoeksverslag behoudt daarmee een leesbare omvang. Boven-

dien is op die manier de anonimiteit van kinderen en leerkrachten gewaarborgd.

Ten behoeve van het onderzoeksverslag en als aparte onderzoeksactiviteit zijn de samenvattingen achteraf opgesplitst in drie verschillende onderdelen. Eerst wordt de situatie op de school van herkomst zo neutraal mogelijk beschreven. Daarna wordt de visie van de leerkracht van de vorige school op mogelijke oorzaken en oplossingen beschreven en uiteindelijk wordt een commentaar geformuleerd vanuit het ordeningsmodel van de interne school-SKZ.

De commentaren die vanuit de interne school-SKZ geformuleerd zijn konden ontstaan doordat al een aantal jaren ervaring is opgedaan met onderwijs aan kinderen met ernstige emotionele en/of gedragsproblemen in een speciaal daarvoor ingerichte behandelingscontext. De commentaren zijn bedoeld als verheldering van de eigen werkwijze. Er is niet geprobeerd om acties en uitgangspunten te formuleren die toe te passen zijn in basis- of speciaal onderwijs. De commentaren moeten niet gelezen worden als kritiek op de aanpak van de leerkracht op de vorige school. Die leerkrachten werden geconfronteerd met een kind met ernstige emotionele en/of gedragsproblemen, terwijl zij tegelijkertijd verantwoordelijk waren voor een groot aantal andere kinderen. Op de interne school-SKZ wordt gewerkt met faciliteiten en ondersteuning die niet aanwezig waren op de bezochte scholen.

- Voor alle kinderen die in een bepaalde periode zijn opgenomen in de kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek van het Sophia Kinderziekenhuis is contact gezocht met de school van herkomst. Tijdens deze gesprekken en na afloop is geprobeerd om ideeën over behandeling op de interne school-SKZ te expliciteren door een mening te formuleren over de benadering van het kind op de school van herkomst.

## 4.2 De kinderen

### 4.2.1 Arie

Leeftijd bij opname: 10 jaar  
Vorige school: basisschool, groep 5

#### *De situatie op de vorige school*

Er zijn vanaf de kleuterperiode problemen geweest op de vorige school. Arie is gedoubleerd in groep 3. Hij had op het moment van de opname in groep 6 moeten zitten. Aan het begin van het schooljaar was hij ook in groep 6 geplaatst, maar hij werd teruggezet naar de leerkracht van groep 5 omdat zijn agressieve reacties voor de leerkracht van groep 6 niet te hanteren waren ("hij weigerde opdrachten, raakte door het dolle heen, gaf complete voorstellingen, de hele klas kon meegenieten"). Terug bij zijn oude leerkracht zat Arie alleen



voor in de klas. Zijn gedrag werd in blokken van vijf minuten voorgeschreven. Hij werkte altijd alleen op een eigen niveau, meestal met computerprogramma's. Was er toch sprake van baldadig gedrag, dan reageerde de leerkracht met een harde lichamelijke aanpak.

De leerkracht van de vorige school kon het niveau waarop Arie de diverse vakken beheerste niet exact aangeven. Vanwege zijn concentratieproblemen en zijn uittestend gedrag had Arie eigenlijk nooit met de klas meegewerkt uit de gebruikelijke methoden. Het technisch lezen ging redelijk, bij spelling en rekenen waren er hiaten in de leerstof van groep 3 en 4.

#### *De visie van de leerkracht van de vorige school*

De emotionele en sociale problemen van Arie (woedeaanvallen, baldadig gedrag, geen goede relatie met de volwassene) werden door de leerkracht verklaard vanuit de problemen thuis. Omdat in de thuissituatie vaak geen sprake was van een veilig en prettig ouder-kind contact, had de leerkracht ook bewust afgezien van pogingen om een persoonlijk band aan te gaan met Arie. De thuissituatie was niet te beïnvloeden en daarom moesten de gedragsproblemen op school geaccepteerd worden. De concentratieproblemen hadden wel verbeterd kunnen worden door de controle over de werkhouding van Arie langzaam te verschuiven van de leerkracht naar de leerling zelf.

De opname in de kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek was volgens de leerkracht noodzakelijk vanwege de emotionele en gedragsproblemen. Speciaal onderwijs zou daarnaast voor deze leerling noodzakelijk zijn, omdat de didactische achterstand en de concentratieproblemen langdurig om extra maatregelen zouden vragen.

#### *Contrasten*

Op de interne school-SKZ staat vanaf het begin ter discussie welke emotionele en/of gedragsproblemen op school voorlopig wel en welke niet geaccepteerd worden. Ook wanneer er nog langdurig sprake zal zijn van emotionele en/of gedragsproblemen bij het kind, worden ondertussen behandelingsdoelen geformuleerd voor het functioneren op school. Hiaten bij rekenen en spelling zijn op de interne school-SKZ aanleiding voor verdere diagnostische beeldvorming over de vraag of ook andere factoren dan de emotionele en/of gedragsproblemen daarbij een rol spelen.

De oplossing die de leerkracht van de vorige school aandroeg is niet gericht op verandering van het schools functioneren van het kind. De leerkracht van de vorige school zocht naar manieren om tegemoet te komen aan de beperkingen van het kind. Voor de gedragsregulering is daartoe een ongewenst mechanisme van de thuissituatie overgenomen (lichamelijk geweld).

#### 4.2.2 Bettie

Leeftijd bij opname: 6 jaar

Vorige school: basisschool, groep 2

##### *De situatie op de vorige school*

Toen Bettie als vierjarige op de vorige school kwam, praatte ze nog in éénwoordzinnen. Ze werkte alleen als de leerkracht naast haar stond. Als deze wegliep, stopte ze en vernielde ze wat ze tot op dat moment gemaakt had. Ook het werk van andere kinderen werd vernield. Ze beleefde geen plezier aan haar eigen prestaties of aan wat er op school gebeurde. Bettie was exclusief gericht op de volwassene. Alle activiteiten waaraan ze in klasverband deelnam, werden verstoord door haar negatieve uitdagende gedrag.

Op school is aanvankelijk geprobeerd om de taalontwikkeling van het kind positief te beïnvloeden door haar verhalen te structureren en veel met haar te praten. De leerkracht van de vorige school was tevreden over de mate waarin het taalgebruik van Bettie vooruit was gegaan. De gedragsregulering lag ingewikkelder. In eerste instantie hebben de leerkrachten geprobeerd om met Bettie te praten over haar gedrag. Bettie reageerde hierop met clownesk gedrag of huilbuien ("krokodilletranen"). Vervolgens is geprobeerd om alle negatief gedrag te negeren en extra individuele aandacht te geven op het moment dat Bettie positief gedrag vertoonde. Dit werkte echter niet, omdat de leerkrachten bijna nooit positief gedrag zagen dat beloond kon worden. Het negatieve gedrag was bovendien te extreem om te kunnen negeren. Andere kinderen werd pijn gedaan of lessen werden door het lawaai en het chaotische gedrag verstoord.

Bettie heeft op de vorige school twee jaar lang dezelfde werkjes aangeboden gekregen als de rest van de klas. Ze viel bij alle taken uit. Een didactisch niveau kon de leerkracht mede hierdoor niet aangeven.

Verdere opvang binnen een basisschool op het niveau van groep 3 was uitgesloten. Bettie was al geaccepteerd op een LOM-school op het moment dat ze opgenomen werd.

##### *De visie van de leerkracht van de vorige school*

De leerkracht verwachtte weinig heil van een plaatsing op het speciaal onderwijs. Het lege in het kind, het ontbreken van echt gevoel en plezier in eigen kunnen, werd als kern van de problematiek genoemd. Hiermee moest eerst iets bereikt worden voordat schoolse vorderingen mogelijk zouden worden.

De problematische eerste levensjaren, waarin sprake was van extreme verwaarlozing, werden als oorzaak gezien van het ontbreken van eigen motivatie. Het huidige (gezonde) gezinsmilieu had blijkbaar onvoldoende compensatie kunnen bieden. Daarom kon volgens de leerkracht van de vorige school ook niet verwacht worden dat een leerkracht wel invloed zou hebben op de emotionele problemen van het kind.

### *Contrasten*

Op de interne school-SKZ wordt niet geaccepteerd dat een kind twee jaar lang op alle taken uitvalt. Er wordt gezocht naar manieren om de werkhouding van het kind onder controle te krijgen zodat succeservaringen mogelijk worden. Dit vraagt om specialistische kennis over de aanpak van werkhoudingsproblemen.

Het feit dat een kind niet geniet van eigen prestaties en waardering van volwassenen, betekent niet dat zij niet in een schoolse situatie kan presteren. De schoolse situatie moet wel aangepast worden aan de beperkingen van het kind van dat moment. Gedragsregulering door middel van negeren van negatief gedrag en belonen van positief gedrag of door middel van het maken van onderlinge afspraken is onvoldoende wanneer dergelijke voorwaarden ontbreken.

### *4.2.3 Cor*

Leeftijd bij opname: 7 jaar  
Vorige school: basisschool

#### *De situatie op de vorige school*

Als vijfjarige was Cor vanuit een Medisch Kleuterdagverblijf in groep 2 van de basisschool geplaatst. Gedrag en emotionele ontwikkeling waren toen al problematisch. School en Medisch Kleuterdagverblijf gingen er echter van uit dat de goede cognitieve ontwikkeling voldoende compensatie zou bieden voor die emotionele en gedragsproblemen.

Wanneer de volwassene naast Cor stond, functioneerde hij goed. Hij wilde uitblinken in wat hij deed en kreeg daarvoor met veel individuele aandacht ook de kans. Als Cor mee moest doen met de klas, werd hij bij voorbaat agressief tegen de andere kinderen. Op het schoolplein en in de straat waren de problemen met andere kinderen nog veel groter. De problemen met andere kinderen buiten schooltijd (en niet de problemen op school) vormden voor de ouders en de betrokken instelling voor jeugdhulpverlening de aanleiding voor opname in de kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek. De laatste maanden voor de opname is Cor op een school voor speciaal onderwijs geplaatst. Deze school had alleen een tijdelijke overbruggingsfunctie. Het gesprek met deze school voor speciaal onderwijs is daarom niet opgenomen in dit verslag.

#### *De visie van de leerkracht van de vorige school*

Een slechte concentratie en de constante behoefte aan directe aandacht van de leerkracht waren op de basisschool de grootste problemen. Hier is dusdanig aan toegegeven dat Cor in ieder geval voldoende vorderingen maakte wat betreft de schoolse leerstof: "Daar kon je hem mee pakken. Dat wilde hij." De problemen met andere kinderen werden door de leerkracht van de basisschool gezien als een onderdeel van de gezinsproblematiek. Op school was het

niet nodig om te werken aan verbetering van de sociale contacten.

De residentiële opname werd als negatief beoordeeld, omdat in de opnemende instelling daardoor de schoolvorderingen van Cor voorlopig op de tweede plaats zouden komen. In de visie van de leerkracht van de basisschool zouden de goede vorderingen uiteindelijk tot een betere werkhouding geleid hebben.

### *Contrasten*

Op de interne school-SKZ wordt bij beoordeling van de schoolvorderingen meegewogen of die vorderingen alleen via extreme ondersteuning door de volwassene tot stand komen. Onafhankelijk worden van die ondersteuning is op de interne school-SKZ net zo belangrijk als leervorderingen op zich.

Het gedrag van Cor ten opzichte van de leerkracht en de andere leerlingen was problematisch. De goede didactische vorderingen doen daar niets aan af en vormen ook op zichzelf geen waarborg voor verbetering.

### *4.2.4 Denise*

Leeftijd bij opname: 7 jaar

Vorige school: basisschool, groep 3

#### *De situatie op de vorige school*

In de onderbouw van de basisschool werd Denise al bekend als een meisje met een zwakke concentratie. Ze kon ineens doorschieten in enorme scènes. Dit gebeurde met name als ze niet aan de eisen van de leerkracht kon voldoen. Een extra jaar in groep 2 had hier geen verandering in gebracht. School weigerde vervolgens om Denise nog langer ingeschreven te houden. Plaatsing in groep 3 heeft alleen plaatsgevonden in afwachting van de residentiële opname.

In groep 3 viel vooral op dat Denise niet in een groep kon functioneren. Ze riep door de klas heen en wilde direct een reactie van de leerkracht. Bleef deze reactie uit, dan ging ze gillen of andere kinderen pijn doen. Vaak deden zich heftige scènes voor. Het gebeurde regelmatig dat Denise tenslotte gillend in de gang aan de deurkruk hing, terwijl de leerkracht in de klas de deur dichtield en probeerde door te gaan met de les.

Ten aanzien van de leervorderingen kon Denise in groep 3 de eerste weken goed meekomen. Daarna miste ze (door alle scènes) meestal de les, zodat er een achterstand ontstond.

Negatief gedrag is op de basisschool zoveel mogelijk genegeerd. Bij positieve opmerkingen werd Denise baldadig. De leerkracht van de basisschool heeft daarom alle positief commentaar vermeden. Denise had geen enkele band opgebouwd met de leerkracht. De enige manier om haar gedrag te controleren, was een strikte voorstructurering via uiterst korte opdrachten. Bovendien was ze naast een stevige, agressieve jongen gezet, zodat haar

gedrag ook door andere kinderen in toom gehouden zou worden.

#### *De visie van de leerkracht van de vorige school*

Voor de leerkracht van de basisschool waren de werkhoudingsproblemen van Denise allesbepalend. Verwaarlozing in haar eerste levensjaren en een te hoog eisenpatroon in haar huidig gezinsmilieu vormden voor de leerkracht een voldoende verklaring voor die problemen. Wanneer er een manier gevonden wordt om het gedrag van Denise te controleren, zal een schools leerproces mogelijk zijn. Die gedragsregulering zou in de ogen van de leerkracht om een extreme aanpak vragen, die waarschijnlijk binnen een school voor LOM-onderwijs ook niet verwezenlijkt kan worden.

#### *Contrasten*

Op de interne school-SKZ zal een kind zoals Denise in eerste instantie alleen korte, duidelijk afgebakende perioden naar school gaan. Dit gebeurt bovendien pas wanneer er in de leefgroep een vorm van gedragsregulering is gevonden. Daarnaast zal op de interne school-SKZ gezocht gaan worden naar de directe aanleiding voor dergelijke extreme reacties. Ook terwijl de emotionele en/of gedragsproblemen nog ernstig zijn kan (bij voldoende faciliteiten en een beperkte klasgrootte) via een beschermende aanpak in de klas escalatie voorkomen worden.

#### *4.2.5 Erwin*

Leeftijd bij opname: 8 jaar  
Vorige school: LOM-school

#### *De situatie op de vorige school*

Erwin was reeds als 4-jarige op de IOBK-afdeling van de LOM-school geplaatst. Op school werkte hij aan leerstof op het niveau van groep 3. De vorderingen bij lezen en rekenen waren moeizaam, maar de leerproblemen konden binnen de klas gehanteerd worden. Bij de vakken lezen en rekenen presteerde Erwin beter dan bij creatieve opdrachten. Ongestructureerde taken werden vaak geweigerd.

Erwin had moeite met doorwerken. Hij lette continu op andere kinderen, dwaalde af met zijn gedachten of ging zitten spelen. Wanneer Erwin in een cabine werkte, kon hij bezig zijn met gestructureerde lees- en rekenopdrachten. Vrije opdrachten werden ook in de cabine niet aangepakt of afgemaakt.

Erwin zocht contact met de leerkracht op een kleinkinderlijke manier, wilde bijvoorbeeld op schoot zitten. Op andere momenten kon hij zich ineens boos of veel te volwassen opstellen. Hij had geen contact met andere kinderen, liep in de pauze in zijn eentje rondjes op het schoolplein. Erwin was angstig voor allerlei nieuwe situaties, alles moest voorbereid en begeleid worden.

### *De visie van de leerkracht van de vorige school*

Erwin werd door de leerkracht van de LOM-school als een vreemd kind ervaren, maar hij was in de klas nooit echt lastig. School zocht de oorzaak van het afwijkende gedrag van Erwin bij de aanpak thuis en hoopte daar op school door een andere manier van contact aangaan iets naast te kunnen zetten. Wanneer er eenmaal een leerkracht-leerlingrelatie gegroeid zou zijn, zouden zijn faalangst (weigeren van alle vrije opdrachten) en het contact met andere kinderen de volgende aandachtspunten geworden zijn.

De leerkracht van de LOM-school vond een residentiële opname en de daaraan gekoppelde interne school niet noodzakelijk. Erwin was in de klas niet lastig en zijn langzame vorderingen konden binnen het schoolsysteem gehanteerd worden.

### *Contrasten*

Op de interne school-SKZ is een veranderingsproces nog niet voltooid wanneer er een situatie bestaat waarin een kind kan functioneren. Op dat moment komt namelijk de vraag aan de orde of het kind binnen dat functionerende systeem ook tot de voor hem maximale prestaties komt.

Wat voor de leerkracht van de LOM-school imponeerde als concentratieproblemen en faalangst, paste later binnen het beeld van een aan autisme verwante stoornis. Uitgaande van een dergelijke stoornis is het werken aan een goede leerkracht-leerlingrelatie een inadequate ingang voor een soepel lopend leerproces.

### *4.2.6 Felix*

Leeftijd bij opname: 6 jaar

Vorige 'school': Medisch Kleuterdagverblijf

### *De situatie op het Medisch Kleuterdagverblijf*

Aan het Medisch Kleuterdagverblijf dat Felix bezocht voorafgaand aan de opname was (nog) geen kleuterklas verbonden. Felix functioneerde daarom hele dagen in een leefgroepmilieu. Eén van de redenen voor verwijzing was dat Felix op geen enkele vorm van speciaal onderwijs in de regio geaccepteerd werd.

Felix was vaak angstig. Zijn angsten waren diffuus en onvoorspelbaar. Op slechte dagen was Felix non-communicatief: hij draaide rondjes of zat te wiegen. Op goede dagen was zijn werkhouding wisselend. Hij kon om onduidelijke redenen opeens een opdracht weigeren en reageerde in die situaties bij aandrang met gillen, gooien en huilen. Dit werd opgelost door hem met een activiteit naar keuze weer tot rust te laten komen. Op een later moment werd geprobeerd om weer een goed contact met hem aan te gaan.

Felix zocht zelf geen contact met andere kinderen. Wanneer andere kinderen het initiatief namen, kreeg Felix binnen enkele minuten huilbuien of

werd hij agressief. Groepsactiviteiten gingen volledig aan Felix voorbij. Hij werd niet lastig, maar participeerde ook niet. In een één-op-één situatie met de logopediste was Felix vaak goed te structureren en hield hij zich ook bezig met leervoorwaardelijke opdrachten.

#### *De visie van de groepsleidsters van het Medisch Kleuterdagverblijf*

Felix kon volgens de groepsleidsters qua leerstof meer aan dan het Medisch Kleuterdagverblijf hem te bieden had. Omdat zijn gedrag in de groep niet te hanteren was, werd Felix echter door alle scholen voor speciaal onderwijs geweigerd.

De ouders van Felix waren niet in staat gebleken de aanpak van het Medisch Kleuterdagverblijf thuis over te nemen. Om deze reden ging de voorkeur van de medewerkers van het Medisch Kleuterdagverblijf uit naar een permanente opvang in een residentiële setting.

De groepsleidsters zouden graag zien dat de ontwikkelde aanpak (tegemoet komen aan de noodzaak van één-op-één leersituaties en accepteren dat hij zich aan allerlei situaties onttrekt) doorgetrokken werd in de kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek. Schoolse taken zouden dan een middel kunnen vormen om bij Felix een betere contactname op gang te krijgen.

#### *Contrasten*

Het uitgangspunt dat een kind niet in situaties geplaatst mag worden die het niet aankan wordt ook op de interne school-SKZ onderschreven. Dit uitgangspunt wordt op de interne school-SKZ ingevuld door af te tasten waar de mogelijkheden van het kind liggen en een taaksituatie aan te bieden die daarop is afgestemd. Binnen de structuur van de interne school-SKZ wordt niet geaccepteerd dat een kind onder een opdracht uitkomt door het vertonen van ongewenst gedrag.

Het gegeven dat Felix niet in klein klasseverband kan functioneren, zal een uitgangspunt vormen voor behandeling. Op de interne school-SKZ zal echter gezocht worden naar manieren om het werken in een groep stap voor stap op te bouwen. Wanneer een kind op een gegeven moment niet in staat is om in een groep taakgericht te functioneren, wil dat nog niet zeggen dat dit altijd zo zal blijven.

#### *4.2.7 Gerard*

Leeftijd bij opname: 6 jaar  
Vorige school: basisschool, groep 2

#### *De situatie op de vorige school*

Gerard was pas als vijfjarige op school gekomen. Hij was alleen instructiegevoelig in een individuele situatie. Hij weigerde opdrachten, ging huilen, raakte in paniek. Vrije opdrachtsituaties verdroeg hij niet. Alles moest stap voor stap

voorgestructureerd worden. Wanneer dit gebeurde, leek hij met het leerinhoudelijke geen problemen te hebben. Wanneer zijn werk niet stap voor stap werd voorgestructureerd, kon hij geen aandacht en concentratie opbrengen.

Andere kinderen werden door Gerard genegeerd, hij stond op zichzelf en had daar ook geen last van.

De schoolleiding heeft besloten om Gerard op grond van deze problemen niet te accepteren in groep 3.

#### *De visie van de leerkracht van de vorige school*

Volgens de leerkracht van de basisschool was Gerard in staat om wat betreft schools presteren te functioneren wanneer er exclusief voor hem een specifieke situatie werd geschapen. Hij miste iedere eigen motivatie om groot te worden en was uit zichzelf niet geïnteresseerd in leren. De leerkracht van de basisschool zou hem daarom graag geplaatst zien in een klein klasje met veel individuele begeleiding, waar geen sociale eisen aan hem gesteld worden. Wanneer het in zo'n klasje lukt om zijn werkweigerings te omzeilen, verwacht de leerkracht dat hij de leerstof op leeftijdsniveau kan verwerken.

#### *Contrasten*

Op de interne school-SKZ wordt met behulp van diagnostisch onderzoek en vanuit kennis over psychopathologie gezocht naar de redenen waarom een kind in paniek raakt of werk weigert. Wanneer er zicht is op de directe aanleiding voor deze reacties, kunnen ze bij een zorgvuldige inrichting van de onderwijs-leersituatie ook voorkomen worden. Accepteren dat een kind in paniek raakt levert daarover geen informatie op.

In de oplossing die de leerkracht van de basisschool aandroeg stond het maken van leervorderingen centraal. Alle beperkingen van het kind moesten worden geaccepteerd en ondervangen. Werken onder individuele begeleiding zonder dat er sociale eisen gesteld worden, kan ook op de interne school-SKZ een begin zijn. In het verlengde daarvan wordt gekeken hoe de leersituatie omgebouwd kan worden naar een situatie die minder gestuurd wordt door de leerkracht.

#### *4.2.8 Hilde*

Leeftijd bij opname: 9 jaar

Vorige school: school voor spraak-taalgestoorden

#### *De situatie op de vorige school*

Hilde viel op de school voor spraak- en taalgestoorden op doordat ze weigerde om te spreken en erg gevoelig was voor negatief commentaar. Ook waren er zindelijkheidsproblemen. Met name het laatste kon aanleiding geven tot heftige scènes, waarbij Hilde soms halve schooltijden op de wc bleef zitten. In groep 5 lukte het de leerkracht om ook bij extreme reacties niet de strijd aan



te gaan, maar het negatieve gedrag te negeren. Het inhoudelijk leerproces kwam toen meer aan de orde.

Nadat Hilde met rust gelaten werd, ontstond er volgens de leerkracht een goede leerkracht-leerlingrelatie. Hilde was uiteindelijk "helemaal gek" van de leerkracht, droomde van haar, ze hadden samen allerlei privé-grapjes. Het klassegedrag was redelijk adequaat, de leerprestaties gingen langzaam vooruit. Het contact met andere kinderen bleef miniem.

#### *De visie van de leerkracht van de vorige school*

In de visie van de leerkracht was Hilde een vrij normale leerling (er waren geen problemen in de spraak-taalontwikkeling, geen contactproblemen) met een didactische achterstand. Ze bleef een machtsstrijd opzoeken. Wanneer de leerkracht die machtsstrijd wist te omzeilen, was er leren mogelijk. De leerkracht had Hilde graag in de klas gehouden, maar zag een opname als noodzakelijk vanwege de escalerende problemen thuis. Ook bij overgang naar een andere leerkracht zouden andere maatregelen noodzakelijk geweest zijn, omdat deze leerkracht niet tot het opbouwen van eenzelfde persoonlijke band met Hilde in staat zou zijn.

#### *Contrasten*

Op de interne school-SKZ is een lopend leerproces op basis van een exclusieve leerkracht-leerlingrelatie acceptabel als tussenstap. Binnen zo'n situatie wordt er daarna gericht gezocht naar manieren om de bestaande relatie ook overdraagbaar te maken naar andere personen.

De didactische achterstand werd door de vorige leerkracht verklaard vanuit de problematische relatie tussen leerkracht en leerling. Op de interne school-SKZ wordt gezocht naar andere factoren die mogelijk een rol spelen bij het ontstaan van die achterstand.

#### *4.2.9 Ignas*

Leeftijd bij opname: 7 jaar

Vorige school: ZMOK-school, groep 4

#### *De situatie op de vorige school*

Ignas werd doorverwezen vanuit een andere residentiële instelling, waar hij geplaatst was omdat er in zijn thuismilieu sprake was van verwaarlozing en mishandeling. Ignas was vanuit die instelling eerst naar een basisschool gestuurd, waar hij zonder aanwijsbare redenen geen vorderingen maakte. Vervolgens is hij overgeplaatst naar een ZMOK-school.

Op de ZMOK-school bleek dat hij zich aan iedere opdracht onttrok. Dit gebeurde onopvallend, de leerkracht zag alleen aan de schriften dat er vrijwel niets gepresteerd werd. Wanneer de leerkracht bij Ignas aan tafel bleef staan en prestaties eiste, werden de problemen in de werkhouding wel duidelijk.

Ignas reageerde op allerlei prikkels van buitenaf. Hij kon geen twintig minuten zelfstandig werken, deed alleen iets als de leerkracht dat stap voor stap controleerde.

Tot verbazing van de leerkracht van de ZMOK-school bleek bij de overgang naar een volgende groep dat zij als persoon voor Ignas volledig inwisselbaar was. In vrije situaties, bijvoorbeeld op het plein, was er sprake van grensoverschrijdend gedrag. Samenspel met andere kinderen lukte niet, hij plaagde veel.

De leerstof van groep 3 is Ignas aangeboden, maar de leerkracht kon niet aangeven of die stof ook door Ignas beheerst werd.

#### *De visie van de leerkracht van de vorige school*

Volgens de leerkracht van de ZMOK-school was Ignas niet gemotiveerd voor schools leren, de opdrachten aanpassen aan zijn niveau hielp niet. De leerkracht wilde een vertrouwensrelatie met Ignas opbouwen door hem over lange tijd stof aan te bieden op een niveau dat hij aankon. Dit zou de basis moeten gaan vormen voor een goed lopend leerproces. De leerkracht was graag met Ignas doorgegaan, omdat het kind leek te genieten van alle positieve aandacht. Plaatsing op de interne school van de kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek in het kader van de opname werd door de leerkracht van de ZMOK-school niet noodzakelijk gevonden.

#### *Contrasten*

Het ontbreken van een vertrouwensrelatie werd op de ZMOK-school gezien als basis van de problemen. Op de interne school-SKZ wordt gestreefd naar een analyse van alle mogelijke factoren die daarnaast belemmerend kunnen werken ten aanzien van schools gedrag en presteren. Uitgaande van een overzicht van alle meespelende factoren kan misschien een beginsituatie geschapen worden waarin eisen aan het kind gesteld worden waaraan hij kan voldoen.

#### *4.2.10 Janneke*

Leeftijd bij opname: 8 jaar

Vorige school: basisschool, groep 4

#### *De situatie op de vorige school*

Vanaf de aanmelding op de basisschool (halverwege groep 3) was bekend dat Janneke thuis veel problemen gaf. De ouders van Janneke waren erg negatief over haar gedrag en de leerkracht heeft veel tijd besteed aan hun problemen. Samen met de ouders de problemen ordenen en komen tot een aanmelding voor residentiële behandeling hebben op school centraal gestaan.

Janneke las goed, er waren wel hardnekkige spellingsproblemen. Rekenen plaatste haar in groep 4 toenemend voor problemen. Ze kon handeling en

formule niet correct koppelen, had geen inzicht in de bewerkingen. Wereldoriëntatie ging aan Janneke voorbij. Ze was alleen bezig met haar eigen wonderlijke belevingswereld en hield daar ook aan vast.

Janneke werd op de basisschool genegeerd door andere kinderen, ze hoorde er niet bij. Het contact met de leerkracht was matig, "je dringt niet door". Extra aandacht en complimentjes zoog ze op, maar ze vroeg er zelf nooit om.

#### *De visie van de leerkracht van de vorige school*

De leerkracht van de basisschool onderkende een aantal vreemde kanten aan het gedrag van Janneke, maar zocht de oorzaak daarvan volledig in de thuissituatie. Uithuisplaatsing was voor de leerkracht om deze reden noodzakelijk. De slechte leerprestaties werden door de leerkracht verklaard vanuit een veronderstelde laag-normale begaafdheid.

Op school is er door de verschillende leerkrachten vooral naar gestreefd om de negatieve benadering van de ouders enigszins te compenseren. Er werden geen leerinhoudelijke eisen aan Janneke gesteld. Wanneer het leren niet lukte, werd dat geaccepteerd. Een dergelijke benadering was mogelijk, omdat Janneke in haar gedrag op school niet lastig was.

#### *Contrasten*

De leerkracht constateerde problemen bij rekenen, spelling en wereldoriëntatie. Aan deze problemen werd niet gericht gewerkt, omdat de leerkracht veronderstelde dat Janneke de cognitieve mogelijkheden niet had. Op de interne school-SKZ wordt eerst helderheid gezocht met betrekking tot de invloed van de emotionele problemen en het thuismilieu op het functioneren op school. Pas daarna worden meer definitieve uitspraken over de cognitieve ontwikkeling mogelijk.

Op de basisschool is een duidelijke keuze gemaakt voor begeleiding van het opnameproces. Op de interne school-SKZ is het mogelijk om verantwoordelijkheden gescheiden te houden. De ouderbegeleider en beleidspychiater zijn verantwoordelijk voor dergelijke beslissingen. De leerkracht van de interne school-SKZ kan zich vooral bezighouden met het effect van deze beslissingen op gedrag en presteren in de klas.

### **4.3 De vergelijking**

In dit subhoofdstuk wordt de aanpak van de interne school-SKZ op een meer algemeen niveau vergeleken met de aanpak van tien kinderen op de school van herkomst. De individuele kinderen worden alleen nog genoemd om aan te geven waar de commentaren een plek hebben gekregen in het overzicht. De contrasten worden vanuit drie verschillende invalshoeken besproken: de manier waarop naar leervorderingen gekeken wordt, de relativisering van de rol van de ernstige emotionele en/of gedragsproblemen bij de aanpak op school en de fasering van behandeling.

De vergelijking leidt tot conclusies over het behandelingsconcept van de interne school-SKZ en niet tot algemeen geldende uitspraken over werkvormen in basis- of speciaal onderwijs. De conclusies van de onderzoekster worden duidelijk gemarkeerd door de tekst te laten inspringen.

#### *4.3.1 Leervorderingen*

Voor de meeste leerkrachten waarmee gesproken is stond centraal of het kind leervorderingen maakte. Als kinderen niet of nauwelijks vorderingen maakten in de leerstof, had men er geen moeite mee dat het kind van school ging (Bettie, Denise en Gerard). De leerkrachten van Cor, Erwin en Hilde onderschreven de noodzaak van een residentiële opname op grond van de problemen in het thuismilieu. Een overplaatsing naar een andere vorm van onderwijs vonden ze op dat moment nog niet noodzakelijk, omdat ze niet ontevreden waren over de geleverde prestaties.

- Op de interne school-SKZ is het maken van leervorderingen wel een belangrijk, maar niet het enige criterium voor een geslaagde aanpak. De manier waarop de prestaties tot stand komen wordt altijd meegewogen bij de beoordeling van het schools functioneren van het kind. Een kind dat wat leervorderingen betreft alleen mee kan komen met de andere kinderen van de klas wanneer de leerkracht ernaast staat en hem stap voor stap begeleidt, heeft in die visie wel degelijk een gerichte behandeling nodig voor zijn schools functioneren.

Op de meeste scholen van herkomst was er sprake van een min of meer klassikale leersituatie. Bettie en Ignas kregen daarom gedurende een lange periode de klassikale leerstof aangeboden zonder dat duidelijk was of zij deze stof aankonden. Bij Erwin en Hilde maakte de leerkracht zich geen zorgen over het trage leertempo, omdat dat in die klas niet uitzonderlijk was.

Voor deze vier kinderen (Bettie, Ignas, Erwin en Hilde) geldt dat het lesaanbod aan het individuele kind bepaald werd door wat voor de gemiddelde leerling in de klas gebruikelijk was. In alle vier de gevallen wordt vanuit de interne school-SKZ de vraag gesteld wat voor de individuele leerling het maximaal haalbare is.

- Op de interne school-SKZ is niet de groepsnorm of de inpasbaarheid bepalend voor de formulering van leerdoelen bij een kind, maar de beeldvorming over de maximale leermogelijkheden van het kind.

#### 4.3.2 Emotionele en/of gedragsproblemen

Acht van de tien kinderen (Cor en Gerard niet) vertoonden volgens hun leerkracht een didactische achterstand ten opzichte van hun leeftijdgenoten. De problemen in de emotionele ontwikkeling en/of in de werkhouding van het kind, vormden daarbij voor de leerkracht meestal een voldoende verklaring. In negen van de tien gevallen (alleen bij Gerard niet) legde de leerkracht ook een verband met de problematische sociale context van het kind. Die problemen konden op het moment van verwijzing nog actueel zijn of in het verleden een rol gespeeld hebben. Alleen de leerkracht van Janneke constateerde bij het kind expliciet cognitieve problemen.

Na enkele jaren behandeling bleek dat slechts bij drie kinderen (Arie, Cor en Felix) sprake was van gemiddelde cognitieve mogelijkheden. Bij alle andere kinderen kwam in de loop van de behandeling naar voren dat een lage intellectuele begaafdheid of specifieke leerstoornissen (zoals een dyslexie) een rol speelden bij de problemen op school. Dit komt overeen met de conclusie (die in hoofdstuk 1 onderbouwd is) dat er bij de ter behandeling opgenomen kinderen zelden sprake is van een enkelvoudige problematiek.

- De vraag of er naast de ernstige emotionele en/of gedragsproblemen ook cognitieve problemen een rol spelen in het problematisch functioneren op school is één van de uitgangspunten voor de aanpak op de interne school-SKZ. Deze diagnostische vraag werd door de leerkrachten van de scholen van herkomst niet gesteld. De ernstige emotionele en/of gedragsproblemen vormden in de visie van de meeste leerkrachten een voldoende verklaring voor de slechte prestaties op school.

De ernstige emotionele en/of gedragsproblemen werden door de leerkrachten van de vorige scholen als een statisch gegeven gezien. Op grond van deze problemen werd geaccepteerd dat het kind op school niet normaal kan functioneren en werd gezocht naar een schoolsituatie waarbinnen de problemen permanent ondervangen kunnen worden. De werkhoudingsproblemen van Arie werden veroorzaakt door zijn thuissituatie en maakten speciaal onderwijs permanent noodzakelijk. Bettie miste iedere intrinsieke motivatie en daaraan moest eerst gewerkt worden voordat schools functioneren weer aan de orde kon komen. Felix moest blijvend opgevangen worden in een residentiële setting, onder meer omdat hij niet in staat was om in een groep te functioneren. Gerard moest op grond van zijn persoonlijkheidskenmerken permanent gaan functioneren in een schoolmilieu dat helemaal op hem was afgestemd. Bij Hilde maakte de leerkracht zich ernstig zorgen over overplaatsing naar een andere klas, omdat weinig leerkrachten in staat zouden zijn een band op te bouwen met een kind dat telkens weer de machtsstrijd zou aangaan. De leerkrachten hanteerden als verklaringsmodel voor het ontstaan van de leerproblemen een lineair causaal model. Vanuit dit model werden mogelijke oplossingen geformuleerd.

Deze statische oplossingen krijgen een zekere logica vanuit de veronderstelling dat gericht veranderen van het schools functioneren van een kind alleen mogelijk is door een behandeling van de emotionele en/of gedragsproblemen die de problemen op school veroorzaken. Met andere woorden: wanneer ernstige emotionele en/of gedragsproblemen interfereren met een adequaat schools functioneren van het kind moeten die problemen elders (jeugdhulpverlening, psychotherapie) worden opgelost. School kan in de tussentijd alleen een acceptierend en steunend milieu aanbieden. Vanuit de ervaringen op de interne school-SKZ kan deze aanname weersproken worden. Op de interne school-SKZ wordt gericht gewerkt aan een aantal doelen ten aanzien van het schools functioneren van het kind, terwijl het functioneren in leefgroep en therapie nog onverminderd problematisch is. Er kunnen blijkbaar behandelingsdoelen geformuleerd worden, die erop gericht zijn om kinderen ondanks ernstige emotionele en/of gedragsproblemen op school beter te laten functioneren. Vanuit onderzoek van Kastner en Podell (1991) wordt onderstreept dat dit noodzakelijk is. Kastner en Podell rapporteerden over een onderzoek bij 303 kinderen met emotionele en/of gedragsproblemen. In dit onderzoek zijn de ervaringen van leerkrachten en psychotherapeuten met elkaar vergeleken. Kastner en Podell concludeerden dat leerkrachten en psychotherapeuten in het onderzoek het effect van psychotherapeutische interventies verschillend beoordeelden. Wanneer er volgens de psychotherapeut sprake was van een duidelijke verbetering in met name de emotionele problemen ('withdrawal') constateerden de leerkrachten tegelijkertijd dat de interventie geen invloed had op het storende gedrag in de klas.

- Op de interne school-SKZ wordt er van uitgegaan dat de school een eigen en noodzakelijk onderdeel is binnen het totale behandelingsmilieu. Op de interne school moeten 'schoolproblemen' opgelost worden die geheel of gedeeltelijk in het verlengde liggen van de algemene emotionele en/of gedragsproblemen. Deze 'schoolproblemen' verdwijnen niet automatisch op het moment dat er behandelingsresultaten aan te wijzen zijn in andere onderdelen van het behandelingsmilieu.

#### 4.3.3 *Fasering van behandeling*

In de vorige paragraaf is samengevat dat de leerkrachten van de voorafgaande scholen interferenties vanuit de emotionele en/of gedragsproblemen als een gegeven aanvaarden. Er is niet gezocht naar andere (cognitieve en didactische) factoren die mogelijk een rol spelen. Bettie kreeg twee jaar lang zonder succes de opdrachten aangeboden die ook door de rest van de klas gemaakt werden. Denise bleef heftig reageren als men eisen aan haar stelde, zonder dat men een aanpak ging zoeken die afgestemd was op haar kunnen. In geen van beide situaties zijn er pogingen gedaan om eisen te stellen die voor het kind haalbaar waren. Er is niet gezocht naar een beginsituatie die aangepast is

aan de (on)mogelijkheden van het kind. Meijer (1993) sprak wat dit betreft over adaptief onderwijs: "Het zodanig manipuleren met factoren in de onderwijs-leersituatie dat de interactie weer tot leerresultaten leidt".

Een dergelijke aanpak is in hoofdstuk 3 over het behandelingsproces op de interne school-SKZ bij alle besproken kinderen aan de orde geweest als onderdeel van het totale behandelingsproces. Dit ondervangen vond niet alleen plaats ten aanzien van mogelijke cognitieve of didactische problemen, maar ook voor werkhoudingsproblemen en voor problemen in relatievorming werd expliciet gezocht naar onderwijs-leersituaties waarin al deze problemen werden ondervangen.

- Op de interne school-SKZ wordt als eerste fase van het behandelingsproces altijd geprobeerd om alle beperkingen van het kind te ondervangen die in de weg staan dat het kind succesvol kan functioneren binnen de aangeboden onderwijs-leersituatie.

In de aanpak die bij de kinderen gevolgd is op de school van herkomst, is niet altijd sprake van een actief zoeken naar ondervanging. De beperkte faciliteiten en vaak ontbrekende ondersteuning van de leerkracht in diens werksituatie zullen daarbij duidelijk een rol gespeeld hebben. In de oplossingen die de leerkrachten formuleerden voor een andere school staat permanente ondervanging in een andere schoolomgeving waar extra faciliteiten en ondersteuning wel aanwezig zijn daarentegen vaak centraal. Arie moest naar een school waar rekening gehouden kan worden met zijn concentratieproblemen en didactische achterstand; Felix moest naar een vorm van opvang waar hij permanent in een één-op-één situatie kan functioneren en voor Gerard moest een eigen wereldje worden geschapen waarbinnen hij wel kan werken. Dumont (1987) en Doornbos (1987) spraken van probleemoplossing-door-verwijzing. Bij een dergelijke beslissing staat niet ter discussie of het kind kan veranderen, zodat alsnog een succesvol functioneren op school mogelijk wordt. Voor alle kinderen waren in de voorgeschiedenis redenen aan te geven waardoor zij hun potenties onvoldoende hadden kunnen benutten. Juist effecten van ontwikkelingsbelemmerende condities zijn toegankelijk voor interventies (Stevens, 1987a). Deze overtuiging is niet terug te vinden in de meningen die door de tien leerkrachten geformuleerd werden.

- Op de interne school-SKZ is het scheppen van een situatie op maat voor het kind nooit gelijk aan het totale behandelingsproces. In het behandelingsproces op de interne school-SKZ spelen 'tegenwoordert komen aan' en 'gericht veranderen van' kenmerken van het kind afwisselend een rol. Binnen een goede behandelingsplanning moet aan de orde komen welke aanpak op dat moment in de behandeling het meest op zijn plaats is.

#### 4.3.4 Voorwaarden in de organisatie

Tot nu toe is het verschil in aanpak tussen de interne school-SKZ en diverse vormen van basis- of speciaal onderwijs teruggevoerd op verschillen in achterliggende visie. De contrasterende visie van de interne school-SKZ kon ontwikkeld worden omdat op deze school randvoorwaarden aanwezig zijn die optimaal adaptief onderwijs mogelijk maken. Dit zal aan de hand van een aantal concrete punten worden toegelicht.

Op de interne school-SKZ werkt ieder kind op een eigen niveau en in een eigen tempo. Een dergelijk individueel leerproces per kind wordt door een aantal factoren mogelijk gemaakt.

Er worden geen groepsinstructies gepland. Ieder kind krijgt een individuele instructie aan de eigen tafel. De andere kinderen zijn op dat moment bezig met verwerkingsmateriaal. De leerkracht van de interne school-SKZ krijgt veel voorbereidingstijd per schooltijd. Er is dus tijd beschikbaar om voor ieder kind verwerkingsmateriaal op te zoeken of te maken. Ook is er een grote variatie aan lesmethoden en verwerkingsmateriaal voorhanden.

Op de interne school-SKZ zitten er nooit meer dan vier à zes kinderen tegelijkertijd in een klas, meestal minder. Wanneer voor een kind elke combinatie met een ander kind te veel is, krijgt het kind les in een één-op-één situatie. Een dergelijke leerkracht-leerlingratio is ook binnen de meest royale normen van het Ministerie van OCW niet haalbaar.

- Een volledig individueel leerproces is op de interne school-SKZ mogelijk, omdat er veel voorbereidingstijd en een scala aan lesmateriaal beschikbaar is. Er wordt les gegeven in kleine groepen.

Op de scholen van herkomst ontstonden soms onhoudbare situaties, omdat de kinderen niet reageerden op de manieren van gedragsregulatie die op die school voorhanden waren. Bettie maakte twee jaar lang allerlei spullen van zichzelf en van andere kinderen kapot; Denise hing gillend aan de deurkruk. Het zijn voorbeelden van situaties die voor leerkracht en leerling beschadigend zijn geweest.

Op de interne school-SKZ is het mogelijk om kinderen die absoluut niet binnen een onderwijs-leersituatie kunnen functioneren ook niet naar school te laten gaan. Wanneer een kind alleen maar korte tijd en met veel extra investering van de volwassenen naar een school kan gaan, biedt de interne school-SKZ de mogelijkheid van gefaseerd schoolbezoek.

- Plaatsing in een schoolse context gebeurt alleen wanneer het kind aan een aantal minimale voorwaarden voldoet. Opvang in de leefgroep is voorhanden voor kinderen die niet hanteerbaar zijn in de schoolse context.



De leerkrachten noemden nogal eens de negatieve invloeden vanuit het thuismilieu als een reden waarom het gedrag op school niet te hanteren was. Bij een residentiële opname is een rechtstreekse negatieve invloed niet meer aan de orde. Het leefgroepmilieu zal bij het kind een optimale schoolgang, schools gedrag en schools presteren stimuleren. Daarnaast is de leerkracht niet meer alleen verantwoordelijk voor de contacten met de ouders. De ouderbegeleider en beleidspsychiater nemen die rol over, zodat de leerkracht van de interne school-SKZ alle energie kan besteden aan het schools leren op zich en niet opgeslokt wordt door deze vaak tijd- en energievragende zaken.

- De leerkracht van de interne school-SKZ maakt deel uit van een multidisciplinair team, waardoor het mogelijk wordt om alle tijd optimaal te besteden aan het functioneren van het kind op school.

Met name bij Arie en Hilde was er sprake van een aanpak die per leerkracht sterk verschilde. De doelen waren door de verschillende leerkrachten niet expliciet geformuleerd en bleken sterk afhankelijk van de persoonlijke invulling van de respectievelijke leerkracht. Daarbij viel ook op dat voor de diagnostische beeldvorming over de (on)mogelijkheden van het kind niet teruggevallen werd op onderwijsbegeleiding of jeugdhulpverlening. Leerkrachten moesten, soms op gevoel, beslissen wat kinderen wel en niet konden en waarom ze faalden en daarop hun onderwijsbeslissingen afstemmen. Stevens (1987a) gaf aan dat een verantwoorde analyse van samengestelde problematiek vergemakkelijkt kan worden door het kind te plaatsen in een omgeving waar systematisch en gepland wordt gehandeld, in overeenstemming met de veronderstelde behoeften van het kind.

- De leerkracht van de interne school-SKZ functioneert in een behandelingsstelsel waar behandelingsplanning over meerdere jaren met behulp van een multidisciplinair team een vanzelfsprekendheid is.

#### 4.4 Het onderzoeksproces

In hoofdstuk 3 is het behandelingsproces van drie kinderen op de interne school-SKZ beschreven. Bij bestudering van de drie casussen is de noodzaak naar voren gekomen om het behandelingsconcept van de interne school-SKZ af te grenzen van de manier van werken op externe scholen. De beschrijving in hoofdstuk 3 van de interne school-SKZ was duidelijk geënt op de overlegsituaties zoals die vorm krijgen in de kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek van het Sophia Kinderziekenhuis. In dit hoofdstuk is een contrast beschreven tussen de visie van leerkrachten op een tiental scholen voor basis- en speciaal onderwijs en de aanpak op de interne school-SKZ. Ook is het gelukt om de beschrijving van het behandelingsconcept van de interne school-SKZ los te weken van de overlegsituaties binnen de kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek

van het Sophia Kinderziekenhuis. De nieuwe gegevens die daaruit voortvloeiden over die aanpak worden nog eens samengevat in dit subhoofdstuk. Daarna wordt in dit subhoofdstuk het onderzoeksproces geëvalueerd en wordt de volgende stap in het onderzoeksproces aangegeven.

#### *Een nadere ordening van het behandelingsconcept van de interne school-SKZ*

Op de interne school-SKZ werkt ieder kind op een eigen niveau en in een eigen tempo. In eerste instantie staat centraal dat er diagnostische duidelijkheid moet komen over de potenties van het kind. Pas daarna zal aan de orde komen of en waar het kind inpasbaar is in basis- of speciaal onderwijs.

Diagnostiek richt zich op de interne school-SKZ op alle factoren die van invloed kunnen zijn op het schools functioneren van het kind. Wat het kind cognitief aankan en op welk niveau de didactische vaardigheden beheerst worden moet bekend zijn om een goede beginsituatie voor behandeling te scheppen. Ook moet duidelijk worden of en op welke wijze de ernstige emotionele en/of gedragsproblemen specifiek van invloed zijn op het schools functioneren van het kind. De meer algemene problematiek moet omgezet worden in de consequenties voor de schoolse situatie.

Met deze diagnostiek als uitgangspunt zal in eerste instantie een situatie gecreëerd worden waarin het kind op de interne school-SKZ succesvol kan functioneren. In zo'n eerste fase staat aanpassing aan kindkenmerken centraal. Het totale behandelingsproces op de interne school-SKZ houdt in dat daarna een fase komt waarin alle extra voorzieningen worden afgebouwd. Verandering van kindkenmerken staat in zo'n tweede fase centraal.

#### *Het onderzoeksproces*

De nadere ordening van het behandelingsconcept van de interne school-SKZ sluit aan bij de eerdere formulering van fasen van behandeling. De samenvatting doet echter geen recht aan de bevreemding die tijdens de gesprekken steeds aan de orde kwam. Het behandelingsproces op de interne school-SKZ hoeft niet analoog te verlopen aan (of te wachten op) de bredere behandeling van de emotionele en/of gedragsproblemen. De interne school-SKZ is een eigen behandelingsplek, waar men aan de slag kan wanneer een minimale gedragsregulering in de leefgroep is bereikt. De behandeling op de interne school-SKZ is op dat moment geen verlenging van de algemene behandeling van de emotionele en/of gedragsproblemen. Er wordt een eigen veranderingsproces nagestreefd dat puur gericht is op het functioneren van het kind op school. De onderzoeksvraag is daarmee toegespitst op het eigene van een veranderingsproces op de interne school ten opzichte van de algemene behandeling van de emotionele en/of gedragsproblemen.

Het antwoord op een dergelijke vraag kan het beste gezocht worden bij mensen die langdurige ervaring hebben met de behandeling van dezelfde doelgroep (kinderen met ernstige emotionele en/of gedragsproblemen, waarbij een residentiële opname noodzakelijk was) op school. Vanuit de onderzoeksre-

sultaten tot nu toe is het daarom een logische stap om de vergelijking met externe scholen los te laten.

Tegelijkertijd is de behoefte ontstaan om de onderzoeksresultaten op zich ter discussie te stellen. De beschrijvingen van het behandelingsconcept van de interne school-SKZ zijn gebaseerd op de ervaringskennis en keuzen wat betreft schoolse opvang van de opgenomen kinderen van één specifieke instelling. Gesprekken met medewerkers van andere instellingen over de keuzen die zij maken voor de schoolse opvang van opgenomen kinderen moeten duidelijk maken welke aspecten van dat behandelingsconcept algemeen gehanteerd worden en welke aspecten alleen binnen de eigen instelling voorkomen.

- Op de interne school-SKZ wordt ernaar gestreefd om nog tijdens de algemene behandeling van de ernstige emotionele en/of gedragsproblemen een beïnvloedingsproces op te starten puur gericht op het schools functioneren van het kind. Om meer greep te krijgen op het 'eigene' van dit behandelingsproces is het onderzoek verlegd naar praktijkwerkers die hiermee ervaring hebben opgedaan. Dit komt aan de orde in hoofdstuk 5.

## **5 Vergelijking met scholen die samenwerken met een kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek**

In dit hoofdstuk wordt gezocht naar een verdere inhoudelijke ordening van het behandelingsconcept van de interne school-SKZ aan de hand van gesprekken met mensen die met dezelfde doelgroep werken in eenzelfde specifieke setting.

In subhoofdstuk 5.1 wordt beschreven op welke manier vorm gegeven is aan de gesprekken. Ook worden de ervaringen aangegeven met deze methode van onderzoek.

Alle gesprekspartners hebben ervaring met een langdurige samenwerkingsrelatie tussen een kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek en een onderwijsvoorziening. In subhoofdstuk 5.2 wordt de vorm en de inhoud van die samenwerkingsrelatie verkend.

In subhoofdstuk 5.3 komt het behandelingsproces op school ter sprake. Het waarom van schoolbezoek, de manier waarop dat gerealiseerd wordt en de middelen die de school tot zijn beschikking heeft worden achtereenvolgens besproken.

Het geheel wordt afgesloten met enkele conclusies over het onderzoeksproces in subhoofdstuk 5.4.

### **5.1 Onderzoeksmethode**

#### *5.1.1 Opbouw van de gesprekken*

In de kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek van het Sophia Kinderziekenhuis wordt gewerkt met kinderen in de basisschoolleeftijd, waarvan bij opname aangenomen wordt dat ze mogelijk over een redelijke intelligentie beschikken. Alle kinder- en jeugdpsychiatrische klinieken die werken met een vergelijkbare doelgroep zijn bezocht. In Nederland zijn er op het moment van onderzoek (juni 1992) achttien kinder- en jeugdpsychiatrische klinieken. Twee klinieken richten zich uitsluitend op jeugdigen en één instelling is gespecialiseerd in observatie en behandeling van zwakbegaafde kinderen. Deze klinieken vallen buiten dit onderzoek. Alle andere kinder- en jeugdpsychiatrische klinieken zijn benaderd en hebben hun medewerking verleend. Dit hoofdstuk is gebaseerd op dertig interviews bij vijftien klinieken voor kinderpyschiatrische behande-

ling en de daaraan gekoppelde onderwijsvoorzieningen.

De organisaties die door de deelnemers aan de interviews werden vertegenwoordigd zullen aangeduid worden als kliniek en kliniekschool. De manier waarop in de diverse klinieken vorm gegeven wordt aan de schoolse opvang van de opgenomen kinderen verschilt sterk per situatie. Het begrip kliniekschool kan daarom verwijzen naar een afdeling educatieve therapie, een interne school, een school voor speciaal onderwijs of een dependance van een school voor speciaal onderwijs die samenwerkt met een kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek. Zoals al uit de naamgeving blijkt bestaan er grote onderlinge verschillen in de manier waarop vorm gegeven wordt aan de schoolse opvang van de ter behandeling opgenomen kinderen.

Gezien de grote variëteit is ervoor gekozen alle klinieken en kliniekscholen te benaderen teneinde een breed overzicht te krijgen van factoren die een rol spelen bij onderwijs in het kader van een (semi-)residentiële behandeling van kinderen met ernstige emotionele en/of gedragsproblemen.

De beperking tot kinder- en jeugdpsychiatrische klinieken is vooral om praktische redenen gemaakt. De kinderpsychiatrische klinieken hebben onderling een duidelijke overlegstructuur. Uitwisseling van informatie over ieders werkwijze is niet ongewoon. Dit wordt geïllustreerd door het feit dat alle benaderde klinieken en kliniekscholen hun medewerking hebben verleend.

De leiding van elke kliniek is benaderd met de vraag om twee interviews. Eén interview met iemand die vanuit de kliniek zicht heeft op de behandeling van kinderen met ernstige emotionele en/of gedragsproblemen en op het instellingsbeleid ten aanzien van school. Een tweede interview met iemand die betrokken is bij de schoolse opvang van de opgenomen kinderen. Het is aan de klinieken zelf overgelaten welke functionarissen zijn geïnterviewd. In twaalf gesprekken werd de residentiële instelling vertegenwoordigd door een kinderpsychiater, in drie gesprekken door een algemeen directeur met een andere achtergrond. Vanuit het onderwijs is er zesmaal gesproken met de directeur van de school en vonden bij zeven klinieken gesprekken plaats met de schoolpsycholoog/pedagoog. Twee keer werd een leerkracht geïnterviewd.

Er is bewust voor gekozen om de opbouw van ieder gesprek en de vorm waarin de vragen zijn gesteld zoveel mogelijk vrij te laten. Voornaamste reden daarvoor is de grote verscheidenheid aan onderwijs- en behandelingssituaties. Een leerkracht die met een vaste groep van acht kinderen werkt vertelt een ander verhaal dan een directeur van een tienklassige school, die niet alleen samenwerkt met de kinderpsychiatrische kliniek maar ook een opvangfunctie heeft voor de hele regio. Ook het kennisniveau en de interesse voor schools leren verschilt per instelling. Een beperkte voorstructurering van de gesprekken laat de mogelijkheid open om per gesprek een gedachtenwisseling op te bouwen die aangepast is aan degene die geïnterviewd wordt.

De vorm van schoolse opvang is in alle gesprekken op dezelfde manier aan de orde gesteld. Het interview startte met de vraag voor welke vorm van

schoolse opvang gekozen was, hoe die keuze ontstaan was en welke ervaringen men ermee heeft opgedaan. Een gedetailleerd overzicht van de verscheidenheid aan organisatievormen is elders gepubliceerd (Van Doorn, Picavé, 1993). In dit hoofdstuk wordt verkend welke informatie de motivering van deze keuze opleverde voor het behandelingsconcept van de interne school-SKZ.

Daarna is het gesprek waar mogelijk verder toegespitst op het behandelingsproces op school. In hoofdstuk 4 is de noodzaak besproken voor deze verdere inkleuring van het behandelingsproces. De volgende vragen zijn overal meer of minder uitgebreid besproken:

- waarom gaat een kind dat opgenomen is voor een intensieve behandeling van ernstige emotionele en/of gedragsproblemen naar school?
- wat moet het opgenomen kind op die school leren?
- wat moet de school te bieden hebben om die doelen bij het kind te bereiken?

### *5.1.2 Ervaringen met de gesprekken*

Doel van de interviews is het expliciteren van het behandelingsconcept van de interne school-SKZ aan de hand van gesprekken met andere deskundigen in een soortgelijke werksituatie. De gesprekspartner is daarbij de representant van een manier van denken, en wordt niet gezien als informant over feitelijke gebeurtenissen (Kvale, 1987). De gesprekken moeten leiden tot een aantal coherente verhalen over onderwijs aan kinderen met ernstige emotionele en/of gedragsproblemen binnen het kader van een residentiële behandeling. De afgeronde gesprekken zijn pas in tweede instantie object van analyse geworden.

De informatie die tijdens de gesprekken werd verstrekt is waarschijnlijk in een aantal gevallen te positief gekleurd geweest. In enkele situaties kon dat duidelijk worden aangetoond, omdat de informatie tijdens het formele gesprek aanmerkelijk verschilde van wat na afloop van het gesprek informeel werd toegevoegd.

- De gesprekken zijn bedoeld om greep te krijgen op het denken achter de manier van werken op school. Daarom kan geaccepteerd worden dat de gesprekken niet altijd een correcte weergave vormen van wat er daadwerkelijk in de klas gebeurt.

Bij de eerste interviews zijn algemene vragen gesteld en is de invulling daarvan vrijwel volledig overgelaten aan de geïnterviewden. Wanneer de antwoorden te weinig vergelijkingsmogelijkheden opleverden met de situatie op de interne school-SKZ, is teruggevallen op concrete kinderen als voorbeeld en is aan de geïnterviewde gevraagd welke keuzen gemaakt zouden zijn binnen de eigen instelling.

In de loop van de tijd zijn steeds meer kenmerken en keuzen duidelijk geworden, zodat de onderzoekster een overzicht kon aanbieden van mogelijke beslissingen bij schoolse opvang in combinatie met residentiële behandeling. De latere gesprekken leveren daarmee informatie op die in de eerdere gesprekken niet te verzamelen was. De scherper geformuleerde standpunten die in de laatste gesprekken ontstaan zijn, zijn als zodanig niet terug te vinden in de vroegere gesprekken. Bij de analyses kan daarom niet worden aangegeven door hoeveel klinieken en/of kliniekscholen deze standpunten in die uiteindelijke vorm onderschreven zouden worden. Kwantificering van de informatie die verzameld is, is daarmee ook onterecht. Kwalitatief onderzoek naar een verdere specificering van de diversiteit van een verschijnsel bevat geen claims over empirische frequentie. Daarvoor is aanvullend onderzoek met een andere methodologie noodzakelijk (Wertz, Van Zuuren, 1987).

- Bij de laatste interviews waren de vragen meer direct en meer gesloten. De interviews kregen meer de functie van verificatie en aanscherping van omschrijvingen. Deze interviews riepen ook meer irritatie op, de geïnterviewde kwam minder aan bod met diens eigen verhaal. Binnen kwalitatief onderzoek wordt dit als een signaal gezien dat het aantal verzamelde theoretische begrippen verzadigd raakt (Glaser, Strauss, 1967).

De manier van samenvatten is in de loop van de gesprekken duidelijk veranderd in de richting van de onderzoeksvraag. Bij de eerste drie gesprekken is geprobeerd om de samenvattingen zoveel mogelijk te laten aansluiten bij de letterlijke tekst van de interviews. Dit stuitte op veel weerstand. Uitspraken die in de gesprekken daadwerkelijk gedaan waren over te moeilijke behandelingen of onvoldoende inhoudelijke ondersteuning werden achteraf tendentieus of onjuist genoemd. Waarderende termen als 'zwaar werk' of 'moeizame samenwerking' werden achteraf als te ongenueanceerd beoordeeld. Veel uitspraken werden bij lezing achteraf afgezwakt. Dit kwam overeen met ervaringen in andere onderzoeken waarbij gebruik gemaakt werd van open interviews (Bollen, Hoekman, Van der Kleij, 1994).

Op grond van deze reacties is geconcludeerd dat de geïnterviewden de samenvattingen meer als een beoordeling van hun werkwijze hebben ervaren dan als een poging tot ordening van het door hen gehanteerde behandelingsconcept. Toegevoegde opmerkingen waarin de samenvattingen amorf genoemd werden en te weinig op hoofdlijnen gericht ondersteunden deze conclusie. De samenvattingen zijn vervolgens meer expliciet uitgevoerd in de vorm van een eerste ordening en objectivering van de inhoud van de gesprekken. De samenvattingen werden daartoe geformuleerd in neutrale, zakelijke termen, het gebruik van spreektaal is vermeden. De gesprekspartners formuleerden in de interviews duidelijke voorkeuren naar aanleiding van een aantal uitersten dat door de onderzoekster was ingebracht. Deze voorkeuren werden in de samenvatting gepresenteerd als een positieve keuze van de instelling zonder dat de andere mogelijkheden (ingebracht door de onderzoekster in het ge-

sprek) nog eens werden samengevat. Om de samenvatting meer overzichtelijk te maken zijn door de onderzoekster achteraf de uitspraken onder duidelijke koppen gerangschikt. Aan de gesprekspartner is vervolgens de vraag voorgelegd of er sprake was van een correcte interpretatie. Deze latere samenvattingen riepen aanmerkelijk minder irritaties op. Uit toegevoegde opmerkingen kan afgeleid worden dat men deze latere samenvattingen heeft ervaren als een verdere ordening van het gesprek.

- De samenvattingen zijn veranderd van functie in een richting die overeenkomt met de onderzoeksvraag. In plaats van een letterlijke samenvatting is steeds meer een ordeningsmodel geformuleerd voor de manier van werken van de gesprekspartner.

## 5.2 De kliniekschool

### 5.2.1 Inventarisatie

De bezochte kliniekscholen kunnen op een continuüm geplaatst worden. Aan het ene uiterste bevinden zich de afdelingen educatieve therapie die onderdeel uitmaken van het totale behandelingsmilieu en waar de kinderen van de leerplicht ontheven zijn. Aan het andere uiterste bevinden zich de scholen voor speciaal onderwijs die naast de leerlingen van de kliniek ook een groot aantal leerlingen met emotionele en/of gedragsproblemen opvangen die niet opgenomen zijn.

De keuze voor een type speciaal onderwijs of een interne afdeling werd in de gesprekken vaak verklaard op grond van een historische gegroeide situatie en niet vanuit inhoudelijke motieven. Belangrijke verschillen, zoals het al dan niet exclusief werken voor kinderen die opgenomen zijn in een bepaalde kliniek, lopen dwars door de indeling in schooltypen heen.

Bij tien klinieken is er sprake van een vaste samenwerkingsrelatie met één school voor speciaal onderwijs. Dat betreft scholen voor LZK (zes maal); ziekenhuisscholen met een aparte afdeling voor de kinderpsychiatrie (twee maal); één school voor ZMOK en één PI-school. In vijf instellingen is gekozen voor een andere vorm van schoolse opvang dan een officiële school voor speciaal onderwijs. Bij twee instellingen wordt deze vorm van schoolse opvang gedeeltelijk bemand door leerkrachten van een ZMOK-school uit de directe omgeving. Een derde instelling probeert de leerkracht in een dergelijke constructie onder te brengen. (Er is eind 1992 een nieuwe kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek geopend die ook voor deze constructie heeft gekozen.) Twee instellingen hebben geheel onder eigen verantwoordelijkheid een afdeling educatieve therapie.

Ook in de literatuur wordt aangegeven dat onderwijs als onderdeel van intensieve behandeling van kinderen met ernstige emotionele en/of gedrags-



problemen onder allerlei verschillende noemers plaatsvindt. Van der Doef en Krol (1990) beschreven een onderzoek bij twee scholen, een school voor ZMOK en een PI-school, die verbonden zijn aan een residentiële instelling. Beide schoolpopulaties verschilden niet in probleemgedrag en schoolprestaties. Van Rijswijk en Van den Berg (1991) bespraken in hun boek de scholen voor LZK waarop alleen kinderen geplaatst worden met een kinderspsychiatrische indicatie. Zij stelden dat bij scholen gericht op deze doelgroep alleen in naam sprake was van scholen voor langdurig zieke kinderen; qua populatie, doelstellingen en werkwijze lijken ze eerder op PI-scholen of scholen voor ZMOK. Ook in het ARBO-advies over de ontwikkeling van de groep-twee scholen werden deze drie typen van speciaal onderwijs (LZK/ZMOK/PI) in één adem genoemd, wanneer onderwijs aan kinderen met een psychiatrische problematiek besproken wordt (ARBO, 1991).

### *5.2.2 Kenmerken van een kliniekschool*

De vertegenwoordigers van de klinieken waren unaniem van mening dat voor het onderwijs aan de opgenomen kinderen een intensieve samenwerking met één specifieke onderwijsvoorziening noodzakelijk is. Alle gesprekspartners verbonden aan een school voor speciaal onderwijs gaven aan dat niet het type van speciaal onderwijs het meest kenmerkend is voor de manier van werken, maar de intensieve samenwerking met een instituut voor behandeling van ernstige emotionele en/of gedragsproblemen. Voor het onderzoek is de vraag relevant wat de inhoudelijke consequenties zijn van die samenwerkingsrelatie: hoe maakt dat een school anders?

Een aantal antwoorden op deze vraag wordt in het vervolg van deze subparagraaf verder toegelicht. Het belang van ieder antwoord voor een beschrijving van het behandelingsconcept van de interne school-SKZ wordt na iedere subparagraaf aangegeven. Deze conclusies van de onderzoekster worden iedere keer duidelijk gemarkeerd door de tekst te laten inspringen.

Eén vaste school direct naast de kliniek levert een aantal directe praktische voordelen op. Veel klinieken zijn moeilijk te bereiken met openbaar vervoer, liggen soms erg afgelegen. Een school naast de deur lost alle vervoersproblemen op. Als de groepsleiding moet helpen bij een crisissituatie rond een kind, is die snel ter plekke. De behandelaars zijn veel minder overleguren kwijt als ze maar met één school te maken hebben. Vaak werd in de gesprekken direct benadrukt dat deze praktische voordelen alleen een prettig neveneffect vormen.

Een nauwe samenwerking tussen kliniek en kliniekschool garandeert een goede informatie-overdracht tussen eerste en tweede milieu. Het betreft ad hoc informatie die puur kindgebonden is. Buiten van het kind, belangrijke gebeurtenissen, redenen waarom het kind een dag minder functioneert worden gemakkelijk doorgegeven. Gebeurtenissen op school die belangrijk kunnen

zijn voor het verloop van de behandeling komen binnen het overleg vanzelf ter sprake.

- Argumenten als afstand en een goede informatie-uitwisseling spelen een rol bij de voorkeur voor een vaste samenwerkingsrelatie. Deze nabijheid maakt het mogelijk om eerste en tweede milieu (leefgroep en school) snel op elkaar te laten inspelen.

In alle gesprekken werd onderstreept dat de aanpak in beide milieus niet strijdig mag zijn. Toch zijn er grote verschillen in de mate van exactheid waarmee afspraken worden gemaakt en in de onderwerpen waarover dit gebeurt. Er zijn twee uitersten te formuleren. Aan de ene kant een interne school met een behandelingsplan per kind dat geformuleerd wordt met behulp van de kliniekmedewerkers en een pedagogisch klimaat op school dat in overleg met de kliniekmedewerkers zoveel mogelijk is afgestemd op kinderen met ernstige emotionele en/of gedragsproblemen. Aan de andere kant een autonome school voor speciaal onderwijs waar de leerkrachten een duidelijk eigen rol spelen in de behandeling van de emotionele en/of gedragsproblemen en waarbij alleen bij grote discrepanties in aanpak overleg gezocht wordt tussen kliniek en kliniekschool. Alle mogelijke tussenvormen zijn bij de gesprekken aangetroffen.

Afspraken per kind over de manier van gedragsregulering zijn voor gesprekspartners uit de klinieken en de kliniekscholen het meest vanzelfsprekend. Ook wordt regelmatig overlegd over de mate waarin er eisen gesteld mogen worden aan de inhoudelijke prestaties op school en de manier waarop de leerkracht de relatie met het kind hanteert. In een aantal gevallen bestaan er duidelijke afspraken over de manier waarop en de mate waarin aspecten van de emotionele problematiek in de klas besproken mogen worden.

De meeste vertegenwoordigers van de klinieken zijn van mening dat de kliniekschool geen expliciete rol moet spelen bij het behandelen van de ernstige emotionele en/of gedragsproblemen. De leerkracht moet het kind daarvoor verwijzen naar de behandelaars in de leefgroep en therapie. Een aantal vertegenwoordigers van kliniekscholen stelde dat direct ingaan op de emotionele problematiek van het kind in hun praktijksituatie niet te vermijden is.

- Door alle gesprekspartners is het belang van een eenduidige aanpak onderstreept. Toch zijn er grote verschillen in de mate van autonomie waarmee op de kliniekschool vorm gegeven wordt aan onderwijs en behandeling. Op de interne school-SKZ is een duidelijke keuze gemaakt voor onderwijs als onderdeel van de bredere residentiële behandeling van de emotionele en/of gedragsproblemen. Vanuit die bredere behandeling wordt vorm gegeven aan de aanpak op school. De interne school-SKZ heeft daarin geen autonome onderhandelingspositie. De leerkrachten maken wel deel uit van het multidisciplinair behandelingssteam.

Regelmatig overleg binnen een vaste samenwerkingsrelatie maakt het mogelijk dat kennis over psychopathologie overgedragen wordt aan leerkrachten. Dit gebeurt op verschillende manieren. Er zijn instellingen waar de leerkracht de algemene behandelingsbesprekingen bijwoont en vervolgens zelf moet beslissen welke onderdelen zinvol zijn voor behandeling van het schoolse gedrag en schoolse presteren van het kind. In andere instellingen is de leerlingbegeleider of remedial teacher, de schoolpsycholoog of de directeur van de school verantwoordelijk voor het maken van de vertaalslag van psychopathologie naar schoolse functioneren.

De overdracht van kennis over psychopathologie vindt meestal plaats op  $N = 1$  niveau. In twee klinieken wordt gezocht naar een meer systematische ordening van de opgedane kennis. In beide gevallen is er gekozen voor een ordening aan de hand van kindkenmerken.

In de gesprekken gaven de kinder- en jeugdpsychiaters (en veel van de onderwijzers) aan dat kennis over psychopathologie maar één aspect is van de hele situatie. Daarnaast moet de leerkracht als persoon in staat zijn om afstand te houden van de kinderen, te verdragen dat er meestal geen wederkerige relatie ontstaat. De meeste leerkrachten worden in die aspecten gevormd via werkbegeleiding, gezamenlijke beeldvorming op kindbesprekingen en door te ervaren wat wel en wat niet werkt.

- Een vaste samenwerkingsrelatie tussen kliniek en kliniekschool schept optimale voorwaarden voor overdracht van kennis op  $N = 1$  niveau en voor overdracht van impliciete kennis en vaardigheden. Het ontbreken van een systematische ordening van het behandelingsproces op school wordt op die manier ondervangen.

Wanneer er gestreefd wordt naar een systematisering van het behandelingsproces gebeurt dit aan de hand van kindkenmerken. In dit onderzoek naar educatieve therapie is een ander kennisdoel geformuleerd: een behandelingsconcept expliciteren van waaruit vorm gegeven wordt aan allerlei verschillende behandelingsprocessen.

## 5.3 Het behandelingsproces op school

### 5.3.1 De functie van schoolbezoek voor het kind

"Gewoon naar school, net zo als vóór de opname en net zo als alle andere kinderen" is voor veel vertegenwoordigers van de klinieken en kliniekscholen belangrijk. In die visie heeft het kind, ondanks de opname in een kinderpsychiatrische kliniek, door regelmatig schoolbezoek toch een enigszins normaal leefpatroon. Bovendien wordt het kind ook met eisen geconfronteerd die passend zijn voor die leeftijdsfase. De verwerving van een aantal maatschappelijk relevante vaardigheden wordt dan door de opname zo min mogelijk vertraagd. In een beperkt aantal klinieken gaat men er vanuit dat het niet

mogelijk is om via een regelmatig schoolbezoek een normaal leefpatroon vast te houden voor het opgenomen kind. In deze klinieken wordt gesteld dat voor het opgenomen kind schools gedrag en schools presteren als gezonde aspecten van diens functioneren vooralsnog niet bereikbaar zijn. Door de behandeling en aanpak op de kliniekschool dienen deze doelen wel bereikt te gaan worden.

Het aanbieden van een conflictvrije omgeving waarbinnen het kind positief gewaardeerd wordt om prestaties die los staan van de emotionele problematiek is een andere reden waarom instellingen veel belang hechten aan de schoolgang van het kind. Wanneer de schoolgang echter regelmatig verstoord wordt door de emotionele en/of gedragsproblemen van één of meer kinderen, kan de praktijk van alledag echter nauwelijks getypeerd worden als een conflictvrij en waarderend klimaat.

- In het behandelingsconcept van de interne school-SKZ is schoolbezoek als een normaliserend of conflictvrij aspect van het leven van de opgenomen kinderen meestal niet aan de orde. Op de interne school-SKZ wordt geprobeerd om via een gericht veranderingsproces op lange termijn de normaliserende functie van school weer binnen bereik te krijgen. Dit wordt ook als behandelingsdoel naar de kinderen toe benoemd.

Voor een aantal vertegenwoordigers van de klinieken is een belangrijke functie van schoolbezoek dat een regelmatige schoolgang de dag structureert. In de gesprekken bleek dat structurering van de dag binnen de leefgroep bij een aantal klinieken op inhoudelijke problemen stuit ("Wat laat je ze dan doen? Hoe houd je ze dan bezig?"). Daarnaast is er in veel klinieken voor gekozen om vergadertijden, het maken van verslagen en vrije uren voor de groepsleiding onder schooltijd te plannen. Kinderen die niet naar school gaan dienen opgevangen te worden in de leefgroep en dit geeft in die situaties roostertechnische problemen.

- In het behandelingsconcept van de interne school-SKZ is structurering van de dag geen specifieke indicatie voor schoolbezoek. Het aanbrengen van structuur en een dagritme kan ook in de leefgroep gebeuren. Op de interne school-SKZ wordt dit zelfs als een specifieke voorbereiding gezien op toekomstig schoolbezoek.

### *5.3.2 De functie van schoolbezoek voor de kliniekmedewerkers*

Een kliniekschool kan een duidelijke rol spelen in het diagnostisch proces. Het zicht krijgen op cognitieve factoren die een rol spelen naast de ernstige emotionele en/of gedragsproblemen wordt als een specifieke deskundigheid gezien van schoolteams die langdurig ervaring hebben opgedaan met de combinatie van (semi-)residentiële behandeling en onderwijs. Er zijn echter ook klinieken die weinig ervaring hebben met cognitieve diagnostiek bij

kinderen met ernstige emotionele en/of gedragsproblemen.

In enkele gesprekken is aangegeven dat het diagnostisch proces op de kliniekschool niet alleen gericht moet zijn op cognitieve en didactische problemen, maar dat op de kliniekschool ook duidelijk moet worden of en in welke mate de algemene behandelingseffecten zich vertalen naar de schoolsituatie. Dit kan alleen als de diagnostische beeldvorming ook tijdens de behandeling een dynamisch aspect blijft van het behandelingsproces. Bij sommige klinieken en kliniekscholen is het daarentegen gewoonte om de diagnostiek gericht op het schools functioneren voorafgaand aan de opname te laten plaatsvinden. Behandelingseffecten die zich vertalen naar het functioneren op school komen daarmee niet expliciet aan de orde.

- In het behandelingsconcept van de interne school-SKZ is diagnostische beeldvorming een belangrijk onderdeel. Dit is een longitudinaal proces, waar kliniek en kliniekschool gezamenlijk verantwoordelijk voor zijn. De diagnostiek richt zich op diverse aspecten. Mogelijke cognitieve en didactische problemen die versluierd worden door de emotionele en/of gedragsproblemen moeten helder worden. De vertaling van algemene behandelingseffecten naar de schoolse situatie is ook een aandachtspunt.

In alle gesprekken werd de terugkeer naar basis- of speciaal onderwijs buiten de kliniek een belangrijke taak van de kliniekschool genoemd. De manier waarop deze schakelfunctie wordt ingevuld verschilt echter sterk van kliniek tot kliniek. De schakelfunctie is het meest expliciet bij de klinieken waar plaatsing op een externe school als onderdeel wordt gezien van de totale behandeling. Voor veel klinieken is dat niet het geval. Plaatsing op een externe school komt meestal pas ter sprake op het moment dat ontslag uit de kliniek aan de orde is. Een aantal klinieken heeft de theoretische mogelijkheid geschapen om kinderen al tijdens de behandeling naar een externe school te laten gaan, terwijl dit in de praktijk vrijwel nooit gebeurt. Enkele kliniekscholen gaven aan dat een beperkt aantal kinderen ook na afloop van de behandeling in de instelling nog lang afhankelijk blijft van de daaraan gekoppelde vorm van onderwijs.

- In het behandelingsconcept van de interne school-SKZ wordt de schakelfunctie van een kliniekschool vertaald als een behandelingsfunctie. Het kind gaat naar de interne school totdat plaatsing op een externe school voor basis- of speciaal onderwijs in overeenstemming met de capaciteiten van het kind mogelijk is. Op dat moment vervalt de indicatie voor plaatsing op de interne school en wordt vanuit het behandelingsmilieu een geschikte school gezocht buiten de kliniek.

### 5.3.3 *Behandelingsdoelen binnen een kliniekschool*

#### *Een keuze voor behandeling of onderwijs*

In hoofdstuk 4 is vastgesteld dat de leerkrachten van de scholen van herkomst van kinderen die later in de kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek van het Sophia Kinderziekenhuis werden opgenomen wel leerdoelen formuleerden voor het kind, maar dat die leerdoelen vaak beperkt bleven tot de leervorderingen. De emotionele en/of gedragsproblemen moesten elders worden opgelost. In afwachting van de resultaten van de behandeling van de emotionele en/of gedragsproblemen moest in school gezocht worden naar manieren om tegemoet te komen aan de eigenaardigheden van het kind. De school had geen eigen rol in dit veranderingsproces.

Uit de gesprekken met medewerkers van de kliniekscholen komt een ander beeld naar voren. In de gesprekken zijn een aantal concrete behandelingsdoelen genoemd die kinderen met ernstige emotionele en/of gedragsproblemen in staat moeten stellen weer (of alsnog) op school te functioneren. In geen enkel gesprek kwam het tot een systematische opsomming van al deze doelen. Wanneer in de gesprekken een opsomming gegeven werd van behandelingsdoelen die in andere gesprekken genoemd waren werden die meestal ook herkend en onderschreven door de geïnterviewde. Veel behandelingsdoelen blijven op de kliniekscholen blijkbaar impliciet.

Ten aanzien van de impliciete behandelingsdoelen kunnen de standpunten afgezet worden op een continuüm waarvan de twee uitersten als volgt beschreven kunnen worden. Aan het ene uiterste wordt het werken met impliciete behandelingsdoelen door de gesprekspartners als vanzelfsprekend ervaren. In gesprekken vanuit die visie werd onderstreept dat de confrontatie met de schoolse eisen, aangepast aan het didactisch niveau van het kind, een spontaan veranderingsproces bij het kind uitlokt. Dit spontane veranderingsproces kan dan vergemakkelijkt of ondersteund worden door de behandeling in de (semi-)residentiële setting. In een dergelijke opvatting functioneren kliniek en kliniekschool relatief autonoom naast elkaar. Aan het andere uiterste staan de kliniekscholen die samen met de andere onderdelen van het behandelingsmilieu per kind formuleren welke doelen op de kliniekschool aan de orde zijn, hoe die doelen zich verhouden tot de verdere behandeling en hoe die doelen in samenwerking met leefgroep en therapie verwezenlijkt kunnen worden. In een dergelijke opvatting is de aanpak op de kliniekschool een onderdeel van de bredere behandeling van de emotionele en/of gedragsproblemen. Expliciteren van behandelingsdoelen is daarbij noodzakelijk om discrepanties in aanpak tussen kliniek en kliniekschool te voorkomen en zo gericht mogelijk te werken.

- In het behandelingsconcept van de interne school-SKZ wordt geprobeerd om alle aspecten van schoolbezoek te expliciteren zodat een gerichte en planmatige beïnvloeding van het kind mogelijk wordt. Daarmee wordt

niet ontkend dat in een therapeutische situatie spontane of intuïtieve veranderingsprocessen voorkomen. Er wordt wel naar gestreefd om spontane of intuïtieve veranderingsprocessen te signaleren. Daarmee wordt het mogelijk om vast te stellen of het proces moet worden versterkt, moet worden onderhouden of moet worden tegengegaan.

Het opnieuw opbouwen van een positieve motivatie voor schools presteren is in de gesprekken het meest genoemd als behandelingsdoel voor de kliniekschool. In de visie van veel gesprekspartners wordt dit vooral bereikt door het aanbieden van leerstof die is aangepast aan het niveau van het kind. Door deze aanpassing ontstaan succeservaringen die de basis moeten gaan vormen voor een nieuw competentiegevoel. Het opbouwen van een nieuw competentiegevoel levert vervolgens een positieve bijdrage aan de bredere behandeling van de emotionele en/of gedragsproblemen. In deze visie wordt de manier waarop de ernstige emotionele en/of gedragsproblemen kunnen interfereren met functioneren op school genegeerd. Een kind dat voor lange tijd in elke schoolse situatie betrokken raakt bij negatieve interacties gaat niet goed functioneren als het leerstof aangeboden krijgt op zijn eigen niveau. Voor het behandelingsconcept van de interne school-SKZ is juist belangrijk welke doelen worden gesteld en welke middelen worden gehanteerd wanneer het 'competentiescenario', zoals hierboven beschreven niet werkt.

Elke gesprekspartner herkende een eerste fase waarin niet de leervorderingen centraal staan. In een eerste fase worden voorwaarden aangeleerd waardoor het kind vervolgens in een positief leerproces kan geraken. Verschillende invalshoeken kunnen in een dergelijke voorwaardelijke fase centraal staan.

Negatief gedrag van het kind moet in de klas hanteerbaar worden. Er zijn twee belangrijke mechanismen genoemd waarmee gepoogd wordt het negatieve gedrag van kinderen te beïnvloeden. Werken voor belangrijke volwassenden kan als doel een tijd centraal staan voordat de leervorderingen op zich aan de orde komen. De ondersteuning vanuit het residentiële behandelingsmilieu is belangrijk om het kind een toekomstperspectief aan te bieden waarbinnen schoolse prestaties zinvol zijn.

Zowel door vertegenwoordigers van de klinieken als door vertegenwoordigers van kliniekscholen is aangegeven dat een aantal opgenomen kinderen niet in staat is om in twee verschillende milieus te functioneren. Voor dergelijke kinderen kunnen verschillende behandelingsdoelen geformuleerd worden. Het kind moet de scheiding van de primaire verzorgers gaan verdragen. Het kind moet ook gaan accepteren dat er in het schoolmilieu andere regels gelden en andere eisen worden gesteld. Er moet duidelijkheid komen over wat op school wel en geen adequaat gedrag is en wat de rol van een leerkracht en van een leerling inhoudt.

Het opbouwen van taakgericht gedrag en een goede werkhouding is ook genoemd als een voorwaarde voor goed functioneren op school. De meningen over de plaats waar dat moest gebeuren liepen uiteen. Vaak is dit exclusief de

verantwoordelijkheid van de kliniekschool. Kliniekscholen hebben vanuit deze optiek niet de mogelijkheid een kind te weigeren dat nog nauwelijks taakgericht kon functioneren. In een aantal andere gesprekken is het opbouwen van taakgericht gedrag benoemd als de gezamenlijke verantwoordelijkheid van leefgroep, therapie en kliniekschool.

- Binnen de kliniekschool kunnen andere doelen dan leervorderingen een tijdlang centraal staan. Relatievorming met volwassenen, leren functioneren in een tweede milieu en de opbouw van taakgericht gedrag kunnen dan belangrijke aandachtspunten zijn. In het behandelingsconcept van de interne school-SKZ is een expliciete fasering in het nastreven van de verschillende doelen noodzakelijk en een gezamenlijke verantwoordelijkheid van kliniek en kliniekschool.

Een onderwerp waarover uiteenlopend gedacht wordt door de verschillende gesprekspartners is de plaats van sociale ontwikkeling in een kliniekschool. In hoeverre speelt het bevorderen van de sociale ontwikkeling een rol naast het streven naar didactische vorderingen en het opbouwen van een goede werkhouding?

In een aantal gesprekken werd gesteld dat de relatie tussen de kinderen onderling het belangrijkste mechanisme is voor het opnieuw opstarten van een schools leerproces. Kinderen gaan werken omdat ze erbij willen horen. Een logische consequentie van deze visie is dat sociale ontwikkeling op school centraal staat. Ook wanneer het streven is dat het kind dat naar een externe school gaat daadwerkelijk goede relaties aan kan gaan met leeftijdgenoten is het aanleren van sociale vaardigheden op een kliniekschool belangrijk. Sommige klinieken en kliniekscholen vinden het voor een externe schoolplaatsing voldoende wanneer het gedrag van het kind niet storend is voor andere kinderen.

- In het behandelingsconcept van de interne school-SKZ staat leren profiteren van onderwijsaanbod en het ontwikkelen van een taakgerichte houding van het kind centraal. Sociale contacten tussen de kinderen kunnen door de leerkracht van een kliniekschool gereguleerd en/of vermeden worden. Voorbereiding op een externe schoolplaatsing door training in omgang met leeftijdgenoten en door oefening in het functioneren in de bredere sociale omgeving buiten de residentiële instelling is vooral een aandachtspunt voor de leefgroep en therapie.



### 5.3.4 Specifieke aanpassingen

Bij de interviews is een duidelijk verschil naar voren gekomen tussen kliniekscholen die vanaf het begin van de opname vaste schooltijden hanteren voor alle opgenomen kinderen en kliniekscholen waarbij sprake is van een gefaseerde opbouw van het schoolbezoek.

#### *Kliniekscholen met vaste schooltijden*

Een aantal kliniekscholen streeft ernaar om voor alle kinderen vaste schooltijden te hanteren: ieder kind moet iedere dag naar school. Er wordt alleen bij wijze van uitzondering van die regel afgeweken, gedwongen door de problematiek van de kinderen. Voor al deze scholen geldt het streven dat kinderen die op school nauwelijks te handhaven zijn niet worden opgenomen in de kliniek. Vooral de groepen kinderen met pervasieve ontwikkelingsstoornissen, kinderen met heftige acting-out en kinderen met een langdurige voorgeschiedenis van ernstige verwaarlozing worden in dit opzicht als gecontraïndiceerd genoemd. Soms werd in de gesprekken het 'niet plaatsbaar zijn op school' rechtstreeks benoemd als contraïndicatie voor opname in de kliniek. In andere situaties werden meer algemene contraïndicaties genoemd (zoals onvoldoende egocontrole of noodzaak tot langdurige behandeling) die tot gevolg hebben dat kinderen die waarschijnlijk niet in staat zijn tot regelmatig schoolbezoek niet werden opgenomen in de kliniek.

Ook na dit selectieproces geeft een aantal kinderen grote problemen doordat ze nauwelijks te handhaven zijn op school vanwege de emotionele en/of gedragsproblemen. Daarvoor worden allerlei specifieke aanpassingen bedacht binnen de vaste regelmaat van het dagelijks schoolbezoek. Een vertegenwoordiger van een kliniekschool gaf aan dat vaste schooltijden haalbaar zijn, omdat er meer dan op andere scholen voor speciaal onderwijs een grote tolerantie bestaat voor afwijkend gedrag. Op andere kliniekscholen kan lange tijd geaccepteerd worden dat het kind niet profiteert van het onderwijsaanbod. Dit kan zo ver gaan dat er sprake is van clustering van deze kinderen in activiteitengroepen in plaats van in onderwijsgroepen. Er wordt op een aantal kliniekscholen ook geprobeerd om één-op-één situaties te scheppen met behulp van stagiaires of uitzendkrachten voor kinderen die niet kunnen functioneren in klasverband.

Accepteren van gedrag dat niet past binnen een schoolse setting, voorlopig afzien van leervorderingen en ad hoc individuele leersituaties scheppen werden door medewerkers van scholen met vaste schooltijden als manieren genoemd om een kind ondanks ernstige emotionele en/of gedragsproblemen te handhaven op school.

- De verschillen in visie op het waarom van schoolbezoek van opgenomen kinderen zijn in ieder geval gedeeltelijk te verklaren vanuit verschillende selectieprocessen bij opname. Een aantal klinieken neemt juist kinderen op die niet kunnen profiteren van het onderwijsaanbod in het basis- of

speciaal onderwijs. Bij een aantal andere klinieken worden kinderen die niet in staat zijn tot een regelmatig schoolbezoek bij voorkeur niet opgenomen. De kliniekscholen die aan deze klinieken gekoppeld zijn hanteren vaste schooltijden voor alle opgenomen kinderen.

#### *Klinieken met variabele schooltijden*

Bij alle klinieken die geen contraïndicaties hanteren voor kinderen waarbij schoolvoorwaardelijk gedrag ontbreekt, bestaat de mogelijkheid voor een gefaseerde opbouw van het schoolbezoek.

Bij een beperkt aantal klinieken en kliniekscholen zijn daartoe duidelijke afspraken geformuleerd tussen de interne school en de leefgroep. In de leefgroep is altijd iemand aanwezig voor kinderen die niet naar school kunnen gaan. Er worden bovendien afspraken gemaakt over wat er in de leefgroep moet gebeuren om het schoolbezoek zo succesvol mogelijk te laten verlopen. Bij de meeste klinieken en kliniekscholen verloopt het stimuleren van schoolvoorwaardelijk gedrag en de uitbouw van het aantal schooltijden meer impliciet. Uit de gesprekken kwam wel steeds naar voren dat leefgroep en kliniekschool zoeken naar een gezamenlijke opbouw van schoolvoorwaardelijk gedrag. Maar dit gebeurt ad hoc. Per probleem dat zich voordoet wordt een oplossing gezocht. In een aantal gevallen gaat de leerkracht van de kliniekschool naar de leefgroep toe om daar een individuele leersituatie voor het kind te creëren. Soms is structureel ingebouwd dat de leefgroepwerkers leeractiviteiten doen met kinderen die het niet verdragen om naar de kliniekschool te gaan.

- In het behandelingsconcept van de interne school-SKZ is het opbouwen van een regelmatig schoolbezoek in samenwerking met andere klinische milieus een belangrijke doelstelling. Frequentie en duur van schoolbezoek en het aantal kinderen bij één leerkracht zijn daarbij geen normen waaraan het kind moet voldoen, maar behandelingsinstrumenten die bewust en planmatig gebruikt worden. Een gefaseerde opbouw van het schoolbezoek is ook terug te vinden bij enkele andere klinieken en kliniekscholen, die kinderen opnemen waarbij schoolvoorwaardelijk gedrag ontbreekt.

## **5.4 Het onderzoeksproces**

### *5.4.1 Een nadere ordening van het behandelingsconcept van de interne school-SKZ*

Uit de gesprekken met vertegenwoordigers van andere klinieken en kliniekscholen is een aantal keuzen duidelijk geworden. De aanpak op de interne school-SKZ is gebaseerd op een aantal expliciete uitgangspunten die door sommige klinieken en kliniekscholen werden onderschreven. Andere klinieken

en kliniekscholen wijzen deze uitgangspunten af. In een aantal andere instellingen zijn de keuzen nooit geformuleerd en zijn de standpunten onduidelijk.

De uitgangspunten van de interne school-SKZ worden nogmaals samengevat. Plaatsing op de interne school-SKZ is een onderdeel van intensieve behandeling van kinderen met ernstige emotionele en/of gedragsproblemen. De interne school-SKZ functioneert dus exclusief voor kinderen die zo'n behandeling ontvangen (interne leerlingen) en alleen en voor zolang daar vanuit de totale behandeling inhoudelijke motieven voor bestaan. In principe kan dit ook op een school voor speciaal onderwijs gebeuren die exclusief gekoppeld is aan een bepaalde kliniek. Formatieregeling en leerplichteisen zullen het echter moeilijk maken om alleen op grond van behandelingsmotieven te beslissen over plaatsing, uitbreiding en ontslag.

In het behandelingsconcept van de interne school-SKZ wordt een gericht veranderingsproces beschreven, dat zich afspeelt binnen een afgebakende periode en dat onderdeel uitmaakt van een intensieve behandeling van kinderen met ernstige emotionele en/of gedragsproblemen. Dit in tegenstelling tot een visie waarin het opvangen van kinderen tijdens de gehele opname centraal staat, ongeacht de mate waarin emotionele en/of gedragsproblemen interfereren met het functioneren op school.

De stapsgewijze opbouw en verschillende fasen in het behandelingsproces zijn ook in dit hoofdstuk (evenals in de hoofdstukken 2 en 3) ter sprake gekomen. Een fase van adaptief onderwijs moet gevolgd worden door een fase van verandering van kindkenmerken. Bij een beschrijving van de aanpak op de interne school-SKZ zal een fasering van de behandeling één van de onderdelen moeten worden.

In dit hoofdstuk zijn ook elementen van een behandelingsfilosofie ter sprake gekomen. Op de interne school-SKZ worden eisen aan het kind gesteld waaraan het kan voldoen. Kern van de aanpak is dat voorkomen wordt dat het kind systematisch tekortschiet in de schoolsituatie. Duur en frequentie van schoolbezoek, het aantal kinderen waarmee het kind gecombineerd wordt en de eisen die gesteld worden aan de leervorderingen op zich worden daarmee behandelingsinstrumenten in plaats van standaards waaraan het kind moet kunnen voldoen. Bij een beschrijving van de aanpak op de interne school-SKZ zal deze behandelingsfilosofie meer systematisch moeten worden uitgewerkt.

Om een gericht en planmatig behandelingsproces mogelijk te maken moeten alle behandelingsdoelen in relatie tot elkaar worden geplaatst. Daardoor ontstaat in een multidisciplinair behandelingsmilieu de mogelijkheid om iedere overgang op zich te faciliteren vanuit een gezamenlijke en op elkaar afgestemde aanpak. Per behandelingsdoel kan besproken worden wat er thuisheert op de interne school-SKZ, in de leefgroep of bij de therapie gericht op de emotionele en/of gedragsproblemen.

Er is een aantal behandelingsdoelen geformuleerd in de gesprekken met

vertegenwoordigers van klinieken en kliniekscholen: relatievorming tussen kind en leerkracht, leren functioneren in een tweede milieu, opbouwen van taakgericht gedrag. Functioneren in een tweede milieu en opbouwen van taakgericht gedrag worden daarbij gezien als voorwaarden die aangeleerd moeten worden voordat een kind een schools leerproces kan oppakken. Deze behandelingsdoelen horen thuis in een eerste fase van behandeling op een kliniekschool. De ervaring op de interne school-SKZ is dat relatievorming tussen kind en leerkracht gedurende de hele periode op een kliniekschool punt van aandacht is. Dit onderwerp laat zich waarschijnlijk niet plaatsen als een behandelingsdoel in een bepaalde fase, maar moet een andere plaats krijgen binnen een behandelingsconcept voor de interne school-SKZ.

- Stapsgewijze opbouw en verschillende fasen in het behandelingsproces, diverse behandelingsdoelen en een behandelingsfilosofie werden in de hoofdstukken 3, 4 en 5 aangedragen als elementen voor een behandelingsconcept voor de interne school-SKZ. Deze elementen staan nog los van elkaar, vormen nog geen coherent geheel. Alle elementen van het behandelen op de interne school-SKZ die in de hoofdstukken 3, 4 en 5 genoemd zijn, worden daarom in een totaaloverzicht verwerkt, dat beschreven wordt in hoofdstuk 6.

## **6 Het behandelingsconcept van de interne school-SKZ**

In dit hoofdstuk worden de inzichten ten aanzien van het behandelingsconcept van de interne school-SKZ die tot nu toe zijn geformuleerd samengevoegd in één totaaloverzicht. Daartoe zal eerst in subhoofdstuk 6.1 kort de groei van inzicht gedurende het onderzoeksproces worden samengevat en toegespitst.

In subhoofdstuk 6.2 worden de bouwstenen voor het schema besproken: fasen van behandeling en behandelingsdoelen.

In subhoofdstuk 6.3 wordt het schema stap voor stap ingevuld.

In beide subhoofdstukken zal gerefereerd worden aan de onderzoeksactiviteiten waarop het schema is gebaseerd.

In subhoofdstuk 6.4 wordt het schema in zijn geheel gepresenteerd en kort van commentaar voorzien.

### **6.1 Het onderzoeksproces**

#### *Wat vooraf ging*

In hoofdstuk 1 is geschetst dat de aanpak op de interne school-SKZ gegroeid is op basis van multidisciplinair werk met multi problem kinderen in de kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek van het Sophia Kinderziekenhuis. Een omvattend theoretisch kader voor diagnostiek en behandeling van kinderen met samengestelde problematiek op school en in het kader van een intensieve behandeling van kinderen met emotionele en/of gedragsproblematiek ontbreekt.

In hoofdstuk 2 is beschreven hoe de ervaringskennis die op de interne school-SKZ was gegroeid benaderbaar gemaakt is voor onderzoek. De keuze voor praktijkgericht onderzoek naar het handelen van de hulpverlener werd gemaakt, gemotiveerd en de consequenties ervan zijn gerubriceerd.

In hoofdstuk 3 is het behandelingsproces van een aantal opgenomen kinderen beschreven. Er is geconstateerd dat onvoldoende inhoudelijke motivering van beleidsbeslissingen een rol speelde bij stagnaties in het multidisciplinair overleg. Inhoudelijke motivering van beleidsbeslissingen bleek moeilijk omdat een beschrijving van het behandelingsproces op een ander niveau dan dat van het individuele kind ontbrak. Het hoofdstuk eindigde met een beschrijving van die behandeling in drie fasen.

In hoofdstuk 4 is aan de hand van tien nieuw opgenomen kinderen een poging gedaan om de uitgangspunten voor behandeling op de interne school-SKZ te expliciteren. Door de manier van denken op de interne school-SKZ te vergelijken met de visie van leerkrachten op vorige scholen voor basis- of speciaal onderwijs werd duidelijk dat op de interne school-SKZ gestreefd wordt naar een afwisseling van verschillende fasen. Niet alleen de leervorderingen worden gewogen maar er wordt gekeken naar alle aspecten van het functioneren op school.

In hoofdstuk 5 is niet langer het individuele kind als uitgangspunt genomen, maar de combinatie van onderwijs aan en intensieve behandeling van kinderen met ernstige emotionele en/of gedragsproblemen was onderwerp van onderzoek. De interviews en analyse ervan hebben geleid tot een scherpere omschrijving van de aanpak op de interne school-SKZ als een specifieke invulling van onderwijs op een interne school. Ook werden behandelingsdoelen geïnventariseerd die daarbij een expliciete rol spelen.

- Het onderzoek tot nu toe heeft inhoudelijke kenmerken opgeleverd van het behandelingsconcept van de interne school-SKZ. Er is een aantal behandelingsdoelen genoemd dat nagestreefd kan worden bij onderwijs aan kinderen met ernstige emotionele en/of gedragsproblemen. Er is ook een aantal fasen onderscheiden in het behandelingsproces. Deze kenmerken vormden als het ware het speelveld waarop de behandeling zich afspeelt.

### *Basisfilosofie*

In de loop van het onderzoek zijn enkele aspecten geëxpliciteerd van het behandelingsconcept van de interne school-SKZ die achteraf gezien logisch voortvloeien uit de basisfilosofie die binnen de kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek van het Sophia Kinderziekenhuis gehanteerd wordt. Verheij en Van Loon (1992) beschreven die basisfilosofie als volgt:

- 1 activiteiten en interacties die de ontwikkelingsvoortgang belemmeren moeten vermeden en/of onderbroken worden;
- 2 er moet een zodanig emotioneel klimaat geschapen worden dat angst gereduceerd en/of vermeden wordt;
- 3 activiteiten en interacties die aan de groei en de ontwikkeling van het individuele kind bijdragen moeten bevorderd worden.

Inmiddels kan aangetoond worden op welke manier deze uitgangspunten vertaald zijn naar de manier van werken op de interne school-SKZ.

Het eerste uitgangspunt van Verheij en Van Loon is uitgewerkt in de regels voor opbouw en afbreken van schoolbezoek. Een verblijf op de interne school-SKZ waarbij het kind niet in staat blijkt om taakgericht te functioneren wordt daarbij gezien als een situatie die de ontwikkeling naar een gezonde schoolgang zou belemmeren. Dergelijke situaties kunnen vermeden worden door kinderen niet naar de interne school-SKZ te laten gaan wanneer verwacht wordt dat de ernstige emotionele en/of gedragsproblemen een adequaat

schools functioneren onmogelijk zullen maken. Ontstaan er desondanks situaties waarbij de emotionele en/of gedragsproblemen centraal staan en niet het gevraagde gedrag, dan wordt de schoolgang onderbroken.

De regels voor opbouw en afbreken van schoolgedrag zijn erop gericht om al in een vroeg stadium van de (semi-)residentiële behandeling de ernstige emotionele en/of gedragsproblemen van het kind af te splitsen van zijn functioneren op school. Bovendien weet het kind, of gaat het kind ervaren dat er op de interne school-SKZ haalbare eisen gesteld worden ten aanzien van de leerprestaties en ten aanzien van het gedrag. De combinatie van beide effecten moet er voor zorgen dat er een zodanig emotioneel klimaat geschapen wordt rondom schoolbezoek dat angst gereduceerd en/of vermeden wordt. Dit was de uitwerking van het tweede uitgangspunt van Verheij en Van Loon.

Binnen een dergelijk veilig, voorgestructureerd klimaat wordt gewerkt aan een stapsgewijze opbouw van schoolvoorwaardelijk gedrag. Een dergelijke opbouw kan gekarakteriseerd worden als activiteiten en interacties die aan de groei en de ontwikkeling van het individuele kind bijdragen (het derde uitgangspunt). Diagnostiek is daarbij belangrijk, omdat zowel ten aanzien van gedrag als ten aanzien van presteren uitgegaan moet worden van wat het kind kan.

- Deze uitwerking van de basisfilosofie van de kliniek fungeert als een stelsel van spelregels die op de interne school-SKZ bij de behandelingsplanning van ieder kind in acht genomen worden.

Spelregels en speelveld zijn nog niet systematisch gerangschikt, vormen nog geen coherent geheel. Daarvoor is een schema noodzakelijk: een geheel aan hoofdpunten of algemene begrippen met behulp waarvan men verschijnselen, gebeurtenissen of handelingen ordent of overzichtelijk maakt of dat als leidraad dient (Van Dale, 1992). Als volgende stap in het onderzoek is daarom gezocht naar een schematische voorstelling van het behandelingsconcept van de interne school-SKZ. Een schema moet het mogelijk maken om alle verzamelde gegevens in een logische samenhang te presenteren. Een dergelijk schema moet het vergemakkelijken om bij de behandelingsplanning duidelijke prioriteiten per kind te benoemen en werkafspraken tussen de verschillende deelnemers aan het multidisciplinair overleg duidelijk te maken. In hoofdstuk 2 werd gesproken over een denkmal die per kind en per fase van de behandeling het behandelingsproces op dezelfde manier ordent.

De stap van inventarisatie naar een schema is vaak een onduidelijke (Van der Poel, 1992). Alleen gegevens blijven verzamelen is daarvoor niet voldoende, de onderzoeker moet een ordening gaan aanbrengen. "De onderzoeker neemt waar, vormt zich denkbelden en neemt opnieuw waar" schreef Van den Dungen (1989). Dit hoofdstuk is het resultaat van zo'n reflectieve fase.

## 6.2 De bouwstenen voor een schema

### 6.2.1 Verschillende fasen

In hoofdstuk 3 is het behandelingsproces op de interne school-SKZ in drie verschillende fasen beschreven: de interne school-SKZ als verlengstuk van de bestaande kinderpsychiatrische behandeling, de aanpak op de interne school-SKZ als eigen behandelingsvorm en de interne school-SKZ als vervanging voor en/of overgang naar een externe school. In hoofdstuk 5 is toegelicht dat de mate waarin door kliniek en kliniekschool expliciet ruimte gemaakt is voor deze verschillende fase praktische consequenties heeft. Binnen een aantal instellingen wordt een voorschoolse fase onderscheiden: een fase waarin de opbouw van schoolvoorwaardelijk gedrag centraal staat. Het al dan niet hanteren van een dergelijke fase blijkt consequenties te hebben voor het aannamebeleid van de instelling.

De verschillende fasen zullen kort worden samengevat.

*Doel van de eerste, voorschoolse fase: het scheppen van een situatie waarin het kind taakgericht kan functioneren*

In hoofdstuk 5 is beschreven dat een aantal klinieken en kliniekscholen een voorwaardelijke fase herkennen in het behandelingsproces. Op basis van de statusonderzoeken en de gesprekken met leerkrachten op de vorige scholen lijkt het aannemelijk dat in deze fase het opbouwen van taakgericht gedrag centraal staat.

Bij Marga, Kim en Diederik (zie hoofdstuk 3) is een voorschoolse fase duidelijk te onderscheiden. Bij Marga werd in die fase bereikt dat de lichamelijke klachten niet meer interfereerden met een taakgerichte werkhouding. Kim bleef lang afhankelijk van een één-op-één leersituatie. Het behandelingsproces bij Diederik stagneerde, omdat het niet lukte om blijvend een situatie te scheppen waarin taakgericht gedrag vertoond kon worden. Op de school van Denise en de school van Bettie (zie hoofdstuk 4) was het ontbreken van taakgericht gedrag het kernprobleem. Arie (zie hoofdstuk 4) kon wel taakgericht functioneren, maar dat gebeurde op een manier die strijdig was met de basisfilosofie die in dit hoofdstuk is geformuleerd.

In hoofdstuk 3 werd deze fase gekarakteriseerd als een verlengstuk van de kinderpsychiatrische behandeling in de schoolse context. Dit, omdat vooral het ondervangen van onmogelijkheden van het kind op grond van zijn ernstige emotionele en/of gedragsproblemen centraal staat. In deze voorwaardelijke fase is het verschil tussen de interne school-SKZ en basis- of speciaal onderwijs het meest opvallend. Het kind gaat maar een beperkt aantal keren per week naar school. In de meest extreme gevallen krijgt het kind een aantal keren per week een kwartier of enkele kwartieren individueel les van de remedial teacher. De extreme manier waarop de schoolsituatie aangepast wordt aan het kind is binnen de regelgeving van onderwijs niet mogelijk en door de inspectie van onderwijs in de meeste gevallen ook niet toegestaan.



### *Doel van de tweede, behandelingsfase: het veranderen van kindkenmerken*

In de tweede fase staat het behandelen, het veranderen centraal. De aanpak op de interne school-SKZ is in die fase een eigen behandelingsvorm ('de echte educatieve therapie'). Er worden veranderingen bij het kind nagestreefd in een min of meer schoolse situatie. Daarbij wordt het gebruik van schoolse materialen en methoden gecombineerd met methoden uit de therapeutische hoek. Bij Diederik bijvoorbeeld was het erg moeilijk geweest om tot een veilige situatie te komen zonder kennis over het omgaan met ernstige leesproblemen. Zijn gedrag was niet hanteerbaar geworden zonder de invloed van de kinderpsychiatrische behandeling (zie hoofdstuk 3). Bij Cor, Felix, Hilde en Erwin (zie hoofdstuk 4) was er op de voorgaande school ook sprake van taakgericht gedrag dankzij forse aanpassingen van de onderwijs-leersituatie. De aanpak op de interne school-SKZ bij deze kinderen moest zich concentreren op de overgang naar een tweede fase van behandeling: veranderen van kindkenmerken.

In deze fase is er sprake van uitbouw van schooltijden en het kind wordt langzamerhand met meer andere leerlingen gecombineerd. Terugsturen naar de leefgroep omdat het gedrag van het kind niet meer te hanteren is op school komt steeds minder voor.

### *Doel van de derde, schoolse fase: het ondersteunen van de (semi-)residentiële behandeling in een schoolse context*

Als alle behandelingsdoelen bereikt zijn, ontstaat er een situatie die vergelijkbaar is met het speciaal onderwijs. Het kind heeft vaste schooltijden en draait mee in een min of meer vaste leerlinggroep. Wat het kind presteert in deze fase wordt uitgangspunt voor de keuze van een externe school. De interne school-SKZ kan echter niet zo 'normaal' worden dat een situatie ontstaat die vergelijkbaar is met het basisonderwijs. Daarom pleitte de leerkracht van Marga (zie hoofdstuk 3) voor plaatsing op een externe school.

Als een kind eenmaal in deze laatste fase zit en de interne school blijft bezoeken, wordt er niet gekozen voor de interne school-SKZ omdat er veranderingen nagestreefd worden die alleen binnen deze context verwezenlijkt kunnen worden. Het kind blijft de interne school-SKZ bezoeken, omdat dit voor andere onderdelen van de behandeling gewenst is. Daarbij kunnen redenen vanuit verschillende invalshoeken een rol spelen. Kim bijvoorbeeld (zie hoofdstuk 3) bleef nog een laatste periode op de interne school-SKZ, omdat men in de leefgroep nog met haar moest werken aan de zindelijkheidsproblematiek en aan een oriëntatie op de buitenwereld. Kinderen in dagbehandeling gaan vaak naar de interne school, omdat een andere vorm van onderwijs te veel beslag zou leggen op behandelingsuren die nog nodig zijn in de leefgroep. Op een aantal kliniekscholen blijft een aantal kinderen gedurende de hele opname op deze school functioneren terwijl plaatsing op een externe school voor hen ook eerder mogelijk zou zijn. Dit gebeurt op grond van organisatorische argumenten (bijvoorbeeld duidelijkheid over het leerlingenaantal) waardoor een inhoudelijke afweging niet aan de orde komt.

In de gesprekken die gevoerd zijn met de vertegenwoordigers van de klinieken en de kliniekscholen is vaak gesteld dat er is gekozen voor een 'eigen school' als vervanging voor/overgang naar een externe school. Dit terwijl in de praktijk een aantal kinderen op school komt bij wie een andere invulling van de aanpak op de kliniekschool noodzakelijk is. Hiervoor worden aanvullend allerlei speciale oplossingen bedacht: activiteitengroepen in plaats van leer- groepen, stagiaires die met heel moeilijke kinderen toch een één-op-één leersituatie scheppen, enzovoorts. Door deze tussenoplossingen kan een aantal kinderen dat in de eerste twee fasen van behandeling zit toch gehandhaafd worden op een school die volledig en exclusief is ingericht op de derde fase van behandeling. Tegelijkertijd bezoekt een aantal opgenomen kinderen de kliniekschool terwijl dat voor het schools leerproces niet (meer) noodzakelijk is.

In het schema aan het einde van dit hoofdstuk worden de drie genoemde fasen in een eerste kolom gezet. Deze kolom wordt weergegeven in figuur 6.1.

|   |  |
|---|--|
| 1 | Voorschoolse opbouw van taakgericht functioneren |
| 2 | Behandelen in schoolse situatie                  |
| 3 | Vorm van speciaal onderwijs                      |

Figuur 6.1 Fasen van behandeling

### 6.2.2 Ordening van behandelingsdoelen

In hoofdstuk 4 is geformuleerd dat behandelingsdoelen zich niet beperken tot leervorderingen. Om een logische ordening aan te brengen in de behandelingsdoelen die in hoofdstuk 5 zijn geïnventariseerd, moet nu geformuleerd worden welke dimensies een rol spelen.

Leerniveau en de manier waarop de leerstof aangeboden wordt kunnen daarbij als een duidelijk te onderscheiden onderdeel gezien worden waarop behandelingsplanning zich richt. De noodzaak om beide elementen van de onderwijs-leersituatie te combineren werd besproken in hoofdstuk 4. De inrichting van de onderwijs-leersituatie is de specifieke deskundigheid van de leerkrachten. Voor een precieze matching op kindkenmerken zal overleg binnen het multidisciplinair team noodzakelijk zijn.

De relatie met de volwassene is in het schema ook een apart onderdeel van de behandelingssituatie. Een aantal kinderen met ernstige emotionele en/of

gedragsproblemen is niet in staat om een normale leerkracht-leerlingrelatie aan te gaan en zal dat stap voor stap moeten leren. Wanneer op de interne school-SKZ de relatievorming tussen kind en leerkracht besproken wordt ligt het accent bij het aanleren van dit rollenpatroon niet op de correctieve effecten die een intensieve band tussen kind en volwassene kan hebben op de emotionele en/of gedragsproblemen. Leefgroepmedewerkers en therapeuten zijn daarvoor meer opgeleid en hun werksituatie met de kinderen is daar specifiek voor ingericht. De leerkracht van de interne school-SKZ zal zoveel mogelijk aansluiten bij de vorderingen die in leefgroep en individuele therapie bereikt worden. Met name bij Marga (zie hoofdstuk 3) is besproken hoe het niet aanvaarden van de leerkracht in een eigen rol tot stilstand in een leerproces kan leiden.

Naast de onderwijs-leersituatie en de relatie tussen leerkracht en leerling zal ook altijd het veranderingsproces bij het kind zelf punt van aandacht zijn. De veranderingen die bij het kind beoogd worden wanneer het naar de interne school-SKZ gaat moeten worden geconcretiseerd in het schoolhandelingsplan. Er moeten afspraken gemaakt worden over de informatie die het kind daarover krijgt en in welke vorm.

Deze ordening van behandelingsdoelen in termen van de onderwijs-leersituatie, leerkracht-leerlingrelatie en veranderingen bij het kind voldoet als ordening voor de drie statusonderzoeken in hoofdstuk 3. Bij Marga, bij Kim en bij Diederik zijn dit drie hoofdlijnen geweest waar het planmatig handelen op gericht was en die in verschillende fasen van de behandeling ook anders werden ingeschat. Ook op een meer algemeen niveau past de indeling bij het behandelingsproces van de kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek van het Sophia Kinderziekenhuis. Bij ieder onderdeel van het behandelingsmilieu zal centraal staan dat het kind een veilige omgeving wordt aangeboden met betrouwbare volwassenen waarbinnen en met wie het kind zich competent kan gaan voelen. De gehanteerde indeling (onderwijs-leersituatie / leerkracht-leerlingrelatie / veranderingen bij het kind) is een toespitsing hiervan op het schools leren van het kind.

In figuur 6.2 worden deze elementen van behandeling naast elkaar gezet. In het resterend deel van dit hoofdstuk zal voor iedere fase van de behandeling op de interne school-SKZ aangegeven worden welke rol deze elementen spelen.

| A                                      | B  | C                          |
|--|--|----------------------------|
| Inrichting onderwijs -<br>leersituatie | Gebruiken van contact<br>met de volwassene | Veranderingen bij het kind |

Figuur 6.2 Elementen van behandeling

### 6.3 Het schema stap voor stap

Door voor ieder van de drie onderdelen (inrichting van de onderwijs-leersituatie / opbouw van de leerkracht-leerlingrelatie / veranderingen bij het kind) een aantal fasen te onderscheiden, wordt duidelijk welke stapsgewijze opbouw er gemaakt wordt.

#### 6.3.1 De voorschoolse fase

##### *Inrichting van de onderwijs-leersituatie*

In de eerste, voorschoolse fase wordt er van het kind gevraagd om een vastgestelde tijd te werken aan een opdracht, waarvan verwacht wordt dat die inhoudelijk voor het kind geen probleem is. De onderwijs-leersituatie komt maximaal tegemoet aan de problemen die het kind heeft. Het is de verantwoordelijkheid van de leerkracht om op zo'n manier een opdracht aan te bieden dat het kind succesvol kan zijn.

Deze aanpassing kan leiden tot situaties die helemaal niet schools zijn. De opdrachten worden voorgeschreven in het schrift, het kind hoeft niets zelfstandig te ordenen, desnoods zal de leerkracht van de interne school-SKZ het kind per handeling verbaal begeleiden en de goede oplossingen aanreiken. Het kan ook betekenen dat een jongen van tien alleen oefeningen op het honderdveld maakt, want dat lijkt helemaal niet op het rekenen waarmee hij al vastgelopen was. Een kind met een vermoedelijke dyslexie hoeft niet meer hardop te lezen, maar doet alleen invuloefeningen bij taal of luistert naar bandjes terwijl hij meekijkt in het boek. Bovendien is het gebruikelijk dat de opdrachten in een schrift van slechts tien bladzijden staan. Dit levert het kind regelmatig de ervaring op van een succesvol afgesloten onderdeel en het biedt de mogelijkheid om steeds weer bij te sturen naar aanleiding van recente prestaties.

In deze fase is het maken van leervorderingen nog geen doel op zich. Het kind moet gaan ervaren dat wat gevraagd wordt ook door hem of haar gemaakt kan worden. De leerkracht van de interne school-SKZ krijgt een goed idee over de zone van naaste ontwikkeling, weet waar en wanneer het daadwerkelijk verwerven van nieuwe kennis gaat beginnen. Idealiter zijn leerkracht en leerling het er aan het einde van deze fase over eens op welke manier het kind die stap kan gaan maken.

##### *Gebruiken van het contact met de volwassene*

In de voorschoolse fase betekent dit voor het kind dat het moet leren om een contact met de volwassene te hanteren dat op twee manieren verschilt van het contact met de leefgroepmedewerkers.

Het contact vindt plaats in een tweede milieu en is niet gericht op verzorging, opvoeding en behandeling van de emotionele en/of gedragsproblemen, maar op het hanteren van een opdrachtsituatie. Het kind moet het bovendien

gaan verdragen om buiten de leefgroep te verblijven. Dit kan op twee manieren stapsgewijs worden opgebouwd. Duur en frequentie van schoolbezoek kunnen in eerste instantie laag gehouden worden en alleen bij gebleken succes langzaamaan worden uitgebreid. Daarnaast kan de interne school-SKZ als tweede milieu specifiek voor een bepaald kind heel lang in het verlengde van diens eerste milieu functioneren. Het hanteren van dezelfde regels, formuleren van die regels in dezelfde woorden als in de leefgroep en ondersteunen en bevestigen van elkaars maatregelen zijn uitwerkingen daarvan. Zo'n afstemming vraagt in deze fase om een frequent overleg tussen leefgroepmedewerkers en de leerkracht van de interne school-SKZ.

De leerkracht heeft in deze voorschoolse fase nog geen eigen motiverende rol naar het kind toe. Leefgroepmedewerkers en therapeuten zijn in deze fase veel belangrijker voor de motivatie tot schoolbezoek van het kind. Zij moeten met het kind een manier vinden waarop het in staat is om een afgesproken periode buiten de groep te functioneren en daar aan de opdrachten te voldoen. De leerkracht van de interne school sluit aan op wat er in leefgroep en therapie is bereikt en stelt zich in het contact neutraal op. Wanneer het werken aan opdrachten lukt voor de afgesproken periode, zal het vooral de positieve reactie van de groepsleiding zijn die dit bekrachtigt. Het kost tijd, veel positieve ervaringen en groei in de manier van contactname voordat de leerkracht van de interne school-SKZ daarbij een eigen rol gaat spelen.

### *Veranderingen bij het kind*

Als het kind de interne school-SKZ bezoekt, moet het aan een aantal minimum eisen voldoen. Die eisen zijn veel lager dan in het basisonderwijs of het speciaal onderwijs: het kind kan opgevangen worden alhoewel sociale vaardigheden ontbreken om in een klasverband te functioneren, het kind hoeft geen hele schooltijden vol te maken en hoeft nog geen didactische prestaties te leveren. Er moet wel sprake zijn van gedrag dat door de leerkracht te reguleren is. Het kind moet in staat zijn om gedurende de afgesproken tijd (in extreme gevallen is dit slechts een kwartier) zijn probleemgedrag te onderdrukken, eventueel met hulp van de leerkracht en met ondersteuning vanuit de leefgroep. Dit wordt ook zo duidelijk mogelijk afgesproken met het kind: "Over jouw problemen kun je praten in de groep of in therapie. Op school kom je om te leren". Uit de interviews bleek dat veel klinieken en kliniekscholen tegenover het kind dit eigen karakter van school benadrukken.

Het is niet altijd voldoende om het kind een dergelijk uitstel van probleemgedrag te laten oefenen in de leefgroep. Vaak moet dit daadwerkelijk in de schoolsituatie onder de knie gekregen worden. Iedere keer dat het probleemgedrag interfereert met taakgericht gedrag gaat het kind terug naar de leefgroep en krijgt het een nieuwe kans op de volgende ingeroosterde schooltijd. Pas als er een redelijke continuïteit is opgebouwd in dit opzicht kan er sprake zijn van doorgaan naar de volgende fase.

De verschillende aspecten van behandeling in de voorschoolse fase worden nog eens weergegeven in figuur 6.3.

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| 1 | Situatie scheppen waarin kind succesvol taakgericht functioneert | In tweede milieu leren functioneren waar taakstelling gehanteerd wordt | Emotionele problematiek tijdelijk leren onderdrukken ten behoeve van de taakstelling |
|---|--|--|--|

Figuur 6.3 Elementen van behandeling in de voorschoolse fase

### 6.3.2 De behandelingsfase

#### *Inrichting van de onderwijs-leersituatie*

Om het kind heen en samen met het kind is een systeem geschapen waarbinnen het kind taakgericht kan functioneren. Als er veel specifieke aanpassingen zijn gemaakt voor een kind, zal er sprake zijn van een beperkt aantal schooltijden. Als het kind in een bepaalde mate te combineren is (met twee of drie andere kinderen) en als het kind binnen een kwartier zo'n zeven minuten zelfstandig door kan werken, zal het aantal schooltijden groter zijn.

In de behandelingsfase wordt de stap gemaakt naar het verwerven van nieuwe vaardigheden en nieuwe kennis. Onderwijsdoelen gaan een rol spelen. Daarbij wordt steeds afgewogen wat prioriteit heeft: de leervorderingen of de afbouw van de extra aanpassingen die gemaakt zijn om de tekorten in werkhouding op te vangen. Bij Kim (zie hoofdstuk 3) is al besproken hoe sterk de neiging is om didactische prestaties als enige maat te hanteren. Vindt dit plaats, dan leert een kind wel, maar is het niet in te passen in een andere, minder gespecialiseerde vorm van onderwijs.

Beslissingen over deze afweging behoren niet alleen de verantwoordelijkheid van een leerkracht te zijn. Dergelijke keuzen moeten gemaakt worden in het kader van een lange termijn plan voor de behandeling van het individuele kind. Bijvoorbeeld: een kind dat een grote didactische achterstand heeft ten opzichte van zijn leeftijdgenoten en waarvan verwacht wordt dat hij te zijner tijd terug kan naar het basisonderwijs, krijgt de gelegenheid lang op een beschermde manier te leren, zodat hij in een zo hoog mogelijk tempo zijn achterstand inhaalt. Bij een kind waarvan verwacht wordt dat een vorm van (speciaal) onderwijs slechts moeizaam haalbaar zal zijn, gaat veel meer energie zitten in de normalisatie van het onderwijsaanbod.

Juist in de behandelingsfase is brede kennis wat betreft de didactiek onontbeerlijk. Iedere stap voorwaarts moet voor het kind een haalbare stap zijn. Daarvoor moet exact bekend zijn wat het kind al wel en wat het nog niet beheerst. In leermethoden die gangbaar zijn in het basisonderwijs of het speciaal onderwijs worden veel leerstappen als vanzelfsprekend aangenomen die bij sommige kinderen apart moeten worden ingeoeft. Standaard leerme-

thoden zullen daarom maar langzamerhand de plaats innemen van eigenge-maakte methoden die veel meer stap voor stap zijn ingericht en specifiek voor een kind worden aangepast aan zijn cognitieve, emotionele en/of gedragspro-blemen. Uiteindelijk zal een groot aantal van de kinderen op de interne school-SKZ uit een officiële methode werken, op dezelfde manier als op een externe school.

#### *Gebruiken van het contact met de volwassene*

In de tweede, behandelingsfase zal de eigen inbreng en persoonlijkheid van de leerkracht van de interne school-SKZ een grotere rol gaan spelen. Het kind krijgt een leerkracht-leerlingmodel aangeboden. Een model dat ook telkens naar het kind toe benoemd en verduidelijkt wordt. Vanuit de behandeling is min of meer duidelijk geworden welke relaties het kind wel en niet aan kan en de leerkracht van de interne school-SKZ zal zich binnen die mogelijkheden moeten bewegen. Eigen ergernis of teleurstelling over het gedrag van het kind of de mate waarin contact mogelijk is moeten bij het kind worden weggehouden.

Binnen de mogelijkheden van het kind probeert de leerkracht van de interne school-SKZ een zo normaal mogelijke leerkracht-leerlingrelatie op te bouwen. Als dit lukt zal zo'n relatie ook persoonsafhankelijk zijn. Het kind heeft niet geleerd dat alle leerkrachten te vertrouwen zijn, maar dat deze leerkracht op deze school het niet af laat weten. Ziekte of vakantie van de leerkracht van de interne school-SKZ (en daarmee vervanging door iemand die niet iets dergelijks met het kind heeft opgebouwd) is voor veel kinderen in deze fase een onoverkomelijk probleem.

#### *Veranderingen bij het kind*

Er is een situatie ontstaan waarin het kind binnen zijn eigen mogelijkheden vorderingen maakt. De vorderingen kunnen schoolprestaties zijn, maar ook groei in werkhouding, contact met de leerkracht of combinaties hiervan. Vanuit diagnostische gegevens en ervaringen met het kind in de diverse behandelingsmilieus is door het multidisciplinaire team een gezamenlijk verwachtingspatroon geformuleerd ten aanzien van gedrag en presteren op school. Bij het waarderen van de vorderingen wordt dit verwachtingspatroon als norm voor het kind gehanteerd en niet een externe norm waar het kind misschien niet aan kan voldoen.

Waar het kind aan het verwachtingspatroon voldoet wordt dit benoemd. Op deze manier kan een reëel besef van eigen kunnen ontstaan en daarmee een gevoel van trots op eigen prestaties, een competentiegevoel. Dit competentiegevoel moet de basis gaan vormen voor een leerproces dat veel meer zelf-gereguleerd is. Reacties van de primaire opvoeders op de prestaties van het kind en hun steun bij moeilijke leerdoelen blijven hierbij een grote rol spelen.

In figuur 6.4 worden de elementen van behandeling in de behandelingsfase weergegeven.

|   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| 2 | Eisen verschuiven van taakgericht gedrag naar onderwijs-inhoudelijke prestaties<br>Er wordt steeds minder rekening gehouden met problemen van het kind | Het kind wordt een specifieke leerkracht-leerling-relatie aangeboden; veilig en op maat gesneden | Het kind probeert zo goed mogelijk te presteren en bouwt daarmee een eigen competentiegevoel op |
|---|--|--|---|

Figuur 6.4 Aanpak op de interne school-SKZ in de behandelingsfase

### 6.3.3 De afbouwfase

#### *Inrichting van de onderwijs-leersituatie*

In de laatste fase is er duidelijkheid ontstaan. Binnen een optimale leeromgeving is duidelijk geworden wat het maximale leerniveau van het kind is. Er is geprobeerd om de speciale aanpassingen zoveel mogelijk weer af te bouwen en het kind qua werkhouding zo zelfstandig mogelijk te maken. Daarmee is duidelijk geworden of en waar het kind plaatsbaar is in het basisonderwijs of het speciaal onderwijs.

Voor kinderen die naar een externe school gaan moet nog een aantal dingen specifiek worden geoefend, zoals huiswerk, halfuren roosters en geen vrije keuze momenten meer tussendoor. Indien mogelijk zal het kind langere tijd met een aantal andere kinderen samen les krijgen op hetzelfde niveau. Als bekend is welke school het kind zal gaan bezoeken, kan er voorbereidend werk gedaan worden in de richting van de methoden die op deze school gehanteerd worden.

Kinderen die om andere redenen op de interne school-SKZ moeten blijven, krijgen een aantal vaste schooltijden en er wordt voor langere termijn een individueel tempo afgesproken.

#### *Gebruiken van het contact met de volwassene*

De veilige, op maat gesneden leerkracht-leerlingrelatie wordt in deze fase vervangen door een meer gangbaar patroon. De leerkracht houdt minder rekening met gevoeligheden en bijzonderheden van het kind en zal uitleggen dat dit op een externe school ook niet gebeurt. Les krijgen van vervangers of luisteren naar één van de andere leerkrachten van de interne school-SKZ tijdens de pauze wordt geoefend en mag uiteindelijk geen problemen meer opleveren.

Indien het kind een specifieke benadering door de leerkracht nodig blijft hebben, zoals het geval kan zijn met kinderen met een aan autisme verwante stoornis, zal dat mede bepalend zijn voor de vorm van onderwijs waar naar gezocht wordt.



### *Veranderingen bij het kind*

De activiteiten en veranderingen die voor de andere twee onderdelen van de behandeling genoemd zijn, zullen automatisch gesprekken opleveren met het kind over een externe school. Het vertrouwen dat het kind opgebouwd heeft ten aanzien van het eigen functioneren op de interne school-SKZ en ten aanzien van de volwassenen die hem daarbij begeleiden moet groot genoeg zijn om een dergelijke stap te wagen.

Niet alleen de leerkrachten van de interne school-SKZ, maar ook de leefgroepmedewerkers en de therapeut spelen een grote rol bij een succesvolle overgang naar een externe school. De ouders worden via de ouderbegeleider bij dit beslissingsproces betrokken. De groepsleiding zal in de toekomst ook een begeleidende rol spelen in de contacten met de externe school. Als school aanvullend moet functioneren op de behandeling zal dat door hen aangekaart en uitgelegd worden. Uitgangspunt bij een plaatsing op een externe school is dat dit 'rekening houden met' maar in beperkte mate noodzakelijk zal zijn. De contacten van de leefgroepmedewerkers met de externe school zullen uiteindelijk overeenkomen met de gebruikelijke contacten tussen school en ouders/verzorgers.

In figuur 6.5 worden de verschillende aspecten van behandeling in de afbouw-fase nog eens samengevat.

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| 3 | Het is duidelijk of en in welke mate ondervanging permanent noodzakelijk is | Het kind leert functioneren in elke normale leerkracht-leerling-relatie | Het kind accepteert het perspectief op een externe school |
|---|---|---|---|

Figuur 6.5 Aanpak op de interne school-SKZ in de afbouwfase

### **6.4 Het totaaloverzicht**

In figuur 6.6 worden alle elementen die tot nu toe besproken zijn samengevoegd in één figuur. In dit schema wordt de uitwerking van het behandelingsconcept van de interne school-SKZ samengevat. Het totaaloverzicht maakt nog iets duidelijk dat bij het bespreken van alle afzonderlijke onderdelen niet ter sprake is gekomen. Er wordt een 'ideaal leerproces' in weergegeven waarbij het accent binnen de interne school-SKZ verschuift van links boven naar rechtsonder.

De beweging van boven naar beneden laat zien hoe de situatie in eerste instantie helemaal is aangepast aan de (on)mogelijkheden en de problematiek van het kind. Onderin het schema is het kind in staat om zich aan te passen aan de situatie in een bestaande leergroep. Deze verandering kan zowel optreden voor de leerstof, voor het contact met de leerkracht als voor de greep die het kind heeft op zijn functioneren op school.

De verschuiving die in de figuur horizontaal (van links naar rechts) wordt

gemaakt geeft weer hoe het kind in eerste instantie gestructureerd wordt via de leerstof die hem aangeboden wordt. Als het kind in staat is om zich te laten structureren door de volwassenen ontstaat een flexibeler schoolsituatie. Helemaal rechts in de figuur wordt steeds beschreven hoe het kind door eigen greep op zijn functioneren een grotendeels zelf gereguleerd leerproces kan opbouwen.

## 6.5 Conclusies

Als resultaat van de onderzoeksactiviteiten tot nu toe is een behandelingsconcept voor de interne school-SKZ geformuleerd, waarin een aantal duidelijke beslissingsmomenten worden aangegeven. Het model laat ruimte voor verschillende behandelingsprocessen. Het kind dat gaat functioneren op basis van de leerkracht-leerlingrelatie past er net zo goed in als het kind dat vooral voor de leefgroepmedewerkers aan de slag gaat.

De basisfilosofie zoals die aan het begin van het hoofdstuk is geformuleerd bestond al voor het bredere behandelingsmilieu. Ook de fasering van behandeling was al eerder voor andere vormen van therapie in hetzelfde behandelingsmilieu beschreven (Verheij, 1989d). De toespitsing van de basisfilosofie op de situatie van de interne school-SKZ is geformuleerd aan de hand van contrasten die duidelijk werden in de hoofdstukken 4 en 5.

Theorieën over verschillende aspecten van de behandeling op de interne school-SKZ kunnen in het schema een eigen plek krijgen ten opzichte van elkaar.

Kennis over de hiërarchische opbouw van leerstof en manieren van aanbieden (Bruner, 1963; Van Parreren, 1975; Slavin, 1988; Sprinthall, Sprinthall, 1990) hoort thuis in de eerste kolom: inrichting van de onderwijs-leersituatie. Dat theorieën over het contact tussen kind en volwassene (de tweede kolom) belangrijk zijn zal benadrukt worden vanuit psychoanalytische referentiekaders (Greenberg, Mitchell, 1983) en vanuit onderzoek naar hechtingsmechanismen (Riksen-Walraven, 1981; IJzendoorn e.a., 1985). Veranderingen bij het kind (de derde kolom) spelen in de omgang met de leerling een wezenlijke rol. De behoefte aan autonomie van het kind en aan competentie moeten daarom bij behandelingsplanning worden meegewogen (Harter, 1978; Stevens, 1992). Theorieën over het streven van de mens naar persoonlijke groei (Rogers, 1961, 1973; Tausch, Tausch, 1980) zullen binnen de interne school-SKZ veel minder een rol spelen. Deze theorieën zijn ontwikkeld op grond van onderzoek en ervaringen met redelijk gezonde volwassenen en zullen daarom bij de behandeling van jonge kinderen met ernstige emotionele en/of gedragsproblemen veel minder een rol spelen (Arkes, Garske, 1977).

Het behandelingsconcept dat in dit hoofdstuk is geformuleerd beantwoordt aan twee eisen die in hoofdstuk 2 geformuleerd werden. Ten eerste biedt het

schema de mogelijkheid om behandelingsprocessen die aanzienlijk van elkaar verschillen vanuit eenzelfde referentiekader te ordenen. Ten tweede zijn in het schema verschillende theoretische kaders ter herkennen en geordend ten opzichte van elkaar.

De logische consistentie van het schema is nog voor verbetering vatbaar. Met name de kopjes boven de verschillende kolommen beschrijven geen gelijksoortige begrippen. Wanneer de leerkracht-leerlingrelatie beschreven wordt gaat het om een middel voor behandeling; wanneer veranderingen bij het kind besproken worden gaat het om veranderingsdoelen voor het kind. In dit onderzoek is ervoor gekozen om deze inconsistenties ter discussie te stellen in een nieuwe confrontatie met de praktijk.

- De volgende onderzoeksstap is een toetsing van het schema aan de praktijk. Het schema is geijkt op het behandelingsproces van alle kinderen die op dat moment van onderzoek de interne school-SKZ bezochten. Dit gebeurt enerzijds om de interne consistentie van het schema te verhogen, anderzijds om de toepasbaarheid van het schema binnen de eigen instelling duidelijk te krijgen.

|   |  | A  | B   | C   |
|---|--|--|---|---|
|   |  | INRICHTING ONDERWIJS -<br>LEERSITUATIE   | GEBRUIKEN VAN HET CON-<br>TACT MET DE VOLWASSENEN   | VERANDERINGEN BIJ HET<br>KIND   |
| 1 | Voorschoolse opbouw<br>van taakgericht<br>functioneren | Situatie scheppen waarin kind suc-<br>cesvol taakgericht functioneert  | In tweede milieu, waar taakstelling<br>gehanteerd wordt, leren functioneren                             | Emotionele problematiek tijdelijk<br>leren onderdrukken ten behoeve van<br>de taakstelling            |
| 2 | Behandelen in<br>schoolse situatie                     | Eisen verschuiven van taakgericht<br>gedrag naar onderwijs-inhoudelijke<br>prestaties<br>Er wordt steeds minder rekening<br>gehouden met problemen van het<br>kind | Het kind wordt een specifieke leer-<br>kracht-leerlingrelatie aangeboden;<br>veilig en op maat gesneden | Het kind probeert zo goed mogelijk<br>te presteren en bouwt daarmee een<br>eigen competentiegevoel op |
| 3 | Vorm van speciaal<br>onderwijs                         | Het is duidelijk of en in welke mate<br>ondervanging permanent noodzake-<br>lijk is  | Het kind leert functioneren in elke<br>normale leerkracht-leerlingrelatie                               | Het kind accepteert het perspectief<br>op een externe school  |

basisafpraak:

het kind krijgt een veilige situatie  
aangeboden

met betrouwbare volwassenden

waarin het zich competent kan gaan  
voelen

Figuur 6.6 Het totaaloverzicht

## **7 Formatieve evaluatie: het schema in de eigen praktijk beproefd**

In dit hoofdstuk wordt besproken hoe het behandelingsconcept van de interne school-SKZ verbeterd is op grond van confrontaties met de praktijk. Guba en Lincoln (1988) spraken van formatieve evaluatie. Summatieve evaluatie, een oordeel geven over de waarde van de onderzoeksresultaten vanuit een andere context, staat centraal in hoofdstuk 8.

In subhoofdstuk 7.1 wordt aangegeven hoe de formatieve evaluatie is uitgevoerd.

In subhoofdstuk 7.2 wordt voor 13 kinderen die in die fase van het onderzoek de interne school-SKZ bezochten het behandelingsproces beknopt samengevat. Per kind wordt geformuleerd welke conclusies dit oplevert voor het schema.

In subhoofdstuk 7.3 wordt besproken welke onderdelen van het schema naar aanleiding van de evaluatie veranderd zijn.

Subhoofdstuk 7.4 bevat een samenvatting van de veranderingen in het schema en een korte verantwoording.

### **7.1 Onderzoeksmethode**

Centrale vraag in dit hoofdstuk is in hoeverre het geformuleerde behandelingsconcept een consistente en volledige beschrijving is van wat er op de interne school-SKZ gebeurt. De geloofwaardigheid van de onderzoeksresultaten is beoordeeld door diegenen die oorspronkelijk de informatie voor het onderzoek hebben aangeleverd ('member check'). De feedback van de oorspronkelijke participanten is daarbij niet meer gericht op de data die voor het onderzoek verzameld zijn, maar op de beoordeling van het eindresultaat (Miles, Huberman, 1984).

Beoordeling van het eindresultaat van onderzoek is een ander proces dan het controleren of de verzamelde data correct zijn. Een goed onderzoeksresultaat heeft een theoretische lading, overstijgt de oorspronkelijke waarnemingen (Wester, 1987). Een dergelijke overstijging brengt het risico met zich mee dat het eindresultaat voor de oorspronkelijke participanten te ver afstaat van hun concrete handelen. Om dit te ondervangen is er voor gekozen om de evaluatie van het schema te laten verlopen op  $N = 1$  niveau. Behandelingsprocessen

|   | A  | B  | C  |
|---|----|----|----|
| 1 | A1 | B1 | C1 |
| 2 | A2 | B2 | C2 |
| 3 | A3 | B3 | C3 |

van kinderen die bij het onderzoeksteam en de beoordelaars bekend waren en waarop een duidelijke visie was vastgelegd in het circuit van overleg en verslaglegging vormden het uitgangspunt voor de evaluatiegesprekken.

Het behandelingsconcept is door de onderzoekster voorgelegd aan de drie leerkrachten van de interne school-SKZ, in aanwezigheid van de intern begeleider van het onderzoek. Dit team is vijf maal bijeen gekomen om het schema te bespreken. Alle kinderen die op dat moment de interne school-SKZ bezochten zijn één voor één besproken. Eerst werd door de leerkracht die het desbetreffende kind onder haar hoede had, geformuleerd wat voor dat kind de kern van de aanpak was en waar de problemen lagen. Daarna is door alle teamleden gezamenlijk besproken in hoeverre het geschetste beeld paste in het geformuleerde behandelingsconcept. Waar mogelijk is aangegeven wat er aan het schema veranderd moet worden om het passend te maken voor het kind in kwestie.

In deze fase van het onderzoek is de generaliseerbaarheid van de onderzoeksresultaten niet aan de orde gekomen, omdat de evaluatie beperkt is tot deelnemers vanuit de oorspronkelijke onderzoeksopzet. In hoofdstuk 8 zal verslag gedaan worden van een weging van de onderzoeksresultaten in een aantal andere instellingen voor residentiële behandeling. Die evaluatie is gericht op een beoordeling van het schema vanuit een andere context, niet op een verbetering van het onderzoeksresultaat op zich.

## 7.2 De kinderen

In dit subhoofdstuk wordt per kind een samenvatting van het evaluatiegesprek gegeven. Daarbij wordt eerst aangegeven in welke fase van behandeling het kind zich bevond: een eerste voorwaardenscheppende fase, een tweede fase waarin behandeling centraal staat of een derde fase waarin het kind min of meer stabiel functioneert binnen een vorm van speciaal onderwijs. Daarna worden achtereenvolgens kolom A (inrichting van de onderwijs-leersituatie), kolom B (contact met de volwassene) en kolom C (veranderingen bij het kind) besproken. Conclusies over het schema worden telkens voorafgegaan door een ■. Voor de lezer wordt ter oriëntatie op iedere bladzijde het schema met codering aangeboden. In de tekst is dezelfde codering toegevoegd.

|   | A  | B  | C  |
|---|----|----|----|
| 1 | A1 | B1 | C1 |
| 2 | A2 | B2 | C2 |
| 3 | A3 | B3 | C3 |

### 7.2.1 Denise

Leeftijd bij evaluatie: 10 jaar oud

Huidige school: sinds 2 jaar op de interne school-SKZ

#### *Indeling in fasen*

In een eerste behandelingsperiode ging Denise maar tweemaal per week een uur naar school, omdat het nauwelijks mogelijk was om afspraken over haar gedrag te maken. Dit is langzaam verbeterd en frequentie en duur van schoolbezoek zijn uitgebreid. Op het moment van de evaluatie leerde Denise in een normaal tempo (een leerjaar in een leerjaar) en ze functioneerde op de interne school-SKZ zonder gedragsproblemen. Op dat moment was al bekend dat Denise binnen afzienbare tijd naar een beschermde woonvorm zou gaan waar ook een schoolvoorziening aan gekoppeld was. Zij werd op de interne school-SKZ gericht voorbereid op deze nieuwe schoolse context.

- De fasen 1, 2 en 3 van het schema zijn achteraf duidelijk te herkennen.

#### *Kolom A*

Het moment waarop eisen ten aanzien van taakgericht gedrag vervangen werden door inhoudelijke eisen ten aanzien van de leerstof kon duidelijk worden aangegeven. Minder rekening houden met de problemen van Denise is daarbij echter niet aan de orde gekomen. Om inhoudelijke vorderingen mogelijk te maken bleek een permanente ondervanging van relatieproblemen en van zwakbegaafd intellectueel functioneren noodzakelijk.

- In cel A2 zijn twee verschillende processen beschreven (hogere eisen stellen en minder rekening houden met). Bij Denise zijn deze processen niet tegelijkertijd aan de orde gekomen.

#### *Kolom B*

Op het moment van evaluatie was het doorbreken van de exclusieve leerkracht-leerlingrelatie op de interne school een belangrijk uitgangspunt. Dit gebeurde door van Denise te verlangen dat ze ook luisterde naar de twee andere leerkrachten van de interne school-SKZ. In haar nieuwe omgeving zou Denise begeleid gaan worden door een leerkracht met veel ervaring in de omgang met kinderen die weinig zicht op hun eigen functioneren hebben.

|   | A  | B  | C  |
|---|----|----|----|
| 1 | A1 | B1 | C1 |
| 2 | A2 | B2 | C2 |
| 3 | A3 | B3 | C3 |

- Het doel dat in cel B3 is beschreven (leren functioneren in elke normale leerkracht-leerlingrelatie) is bij Denise niet aan de orde gekomen.

### *Kolom C*

Er is aan Denise niet gevraagd om haar emotionele en/of gedragsproblemen op school te onderdrukken en heftige reacties uit te stellen tot na terugkeer in de leefgroep (C1). De onderwijs-leersituatie werd aangepast aan Denises mogelijkheden. In een dergelijke beschermende schoolse context (werken in een groepje van twee kinderen / drie kwartier per schooltijd / leerstof en aanbieding afgestemd op laag-normale intellectuele mogelijkheden / een beloningssysteem van leefgroep en interne school gezamenlijk om de werkhouding te reguleren) werden de gedragsproblemen voorkomen.

Het opbouwen van een competentiegevoel (C2) is geen doel van de behandeling geweest, omdat Denise daarvoor de reflectieve mogelijkheden niet had. Ook een gezamenlijke afspraak voor een externe schoolplaatsing (C3) is niet tot stand gekomen. Aan Denise werd uitgelegd dat ze naar een ander instituut zou gaan waar men goed voor haar zou zorgen.

- Bij Denise is afgezien van een veranderingsproces zoals in kolom C wordt beschreven, omdat ingeschat werd dat dit voor haar te hoog gegrepen zou zijn.

### *7.2.2 Bettie*

Leeftijd bij evaluatie: 9 jaar oud

Huidige school: sinds 2 jaar op de interne school-SKZ

#### *Indeling in fasen*

Bettie was in een periode van twee jaar veranderd van een niet lerend kind (zie hoofdstuk 4) in een leerling waarmee leerstof van groep 4 behandeld werd. Emotionele en/of gedragsproblematiek interfereerden echter nog regelmatig met het leerproces. Er was tot op dat moment nog geen duidelijkheid over haar cognitieve mogelijkheden en de uiteindelijke effecten van behandeling.



|   | A  | B  | C  |
|---|----|----|----|
| 1 | A1 | B1 | C1 |
| 2 | A2 | B2 | C2 |
| 3 | A3 | B3 | C3 |

- De behandeling van Bettie kan geplaatst worden in de tweede fase. De derde fase was op het moment van evaluatie nog niet aan de orde, omdat diagnostische duidelijkheid ontbrak.

#### *Kolom A*

In de periode voorafgaand aan de evaluatie zijn de inhoudelijke eisen ten aanzien van de leerstof langzaam opgevoerd. Werkweigering bleef echter regelmatig voorkomen. Het was op dat moment nog onduidelijk of er verdere aanpassingen noodzakelijk waren in de manier van aanbieden of in het niveau van de leerstof.

- In cel A2 zijn twee verschillende processen naast elkaar beschreven (hogere eisen stellen en minder rekening houden met). Bij de behandeling van Bettie kwamen die processen niet tegelijkertijd aan de orde.

#### *Kolom B*

Het hanteren van de leerkracht-leerlingrelatie was op dat moment nog een belangrijk aandachtspunt in de behandeling. Bettie was kort voor het moment van evaluatie overgeplaatst naar de middenbouw en dus naar een andere leerkracht. Bij de leerkracht van de onderbouw was sprake van een vertrouwde situatie op maat (B2). Pas na de overgang naar de middenbouw bleek dat de afspraken voor Bettie gekoppeld waren aan de persoon van de leerkracht, niet aan de functionele relatie. In de middenbouw leidde iedere nieuwe situatie tot onderhandelingen met Bettie (en overleg tussen leefgroepmedewerkers en leerkracht). Daarbij stond iedere keer centraal of het desbetreffende punt opgelost moest worden op een 'schoolmanier', of dat er sprake is van een probleem dat in de leefgroep of in therapie besproken moest worden.

- De beschrijving in cel B2 (een relatie op maat) was volgens de leerkracht van de interne school-SKZ niet van toepassing op het behandelingsproces van dat moment. Bij Bettie werden afspraken gemaakt over wat wel en wat niet thuishoort in het contact met een leerkracht op een eenvoudig en concreet niveau.

#### *Kolom C*

Het gedrag van Bettie bleef stemmingsafhankelijk. Soms was zij gemotiveerd om te presteren, even vaak stond het oude, ongemotiveerde, negatieve gedrag

|   | A  | B  | C  |
|---|----|----|----|
| 1 | A1 | B1 | C1 |
| 2 | A2 | B2 | C2 |
| 3 | A3 | B3 | C3 |

centraal. Op de interne school-SKZ werd er naar gestreefd om haar werkhouding minder stemmingsgevoelig te maken.

- Het behandelingsproces van Bettie kwam niet overeen met het verandingsproces dat in kolom C beschreven wordt. De hiërarchische opbouw waarbij eerst het probleemgedrag verdwijnt en daarna ruimte ontstaat voor competentiegevoelens is achteraf in haar behandelingsproces niet terug te vinden.

### 7.2.3 Kaatje

Leeftijd bij evaluatie: 6 jaar oud

Huidige school: sinds 2 maanden op de interne school-SKZ

#### *Indeling in fasen*

Kaatje had nog nooit op een school gefunctioneerd. Zij was geplaatst in de onderbouw, tweemaal een uur per week. Wennen aan schoolbezoek en opbouwen van taakgericht gedrag stonden centraal.

- Er is sprake van een duidelijk herkenbare voorwaardelijke fase.

#### *Kolom A*

Het was geen probleem om leerstof te vinden die aansloot bij het niveau van Kaatje, relatieproblemen verhinderden echter continuïteit wat betreft taakgericht gedrag. De overstap naar nieuwe leerstof werd daarom nog niet gemaakt.

- In deze eerste fase van de behandeling van Kaatje op de interne school-SKZ werden veranderingen in de verwerving van leerstof ondergeschikt bevonden aan vorderingen in de andere kolommen.

#### *Kolom B*

De scheiding van het eerste milieu (de leefgroep) was voor Kaatje nog problematisch. Haar knuffeldeken moest mee en in haar nabijheid blijven. Ook bij de leerkracht toonde ze een sterke behoefte aan een verzorgend, vertroetelend contact. Die behoefte was op dat moment van de behandeling nog bepalend voor haar gedrag op school en verhinderde doorgroei naar een

|   | A  | B  | C  |
|---|----|----|----|
| 1 | A1 | B1 | C1 |
| 2 | A2 | B2 | C2 |
| 3 | A3 | B3 | C3 |

tweede fase. Motivering voor schoolbezoek en schools presteren zou nog lange tijd van de leefgroepmedewerkers moeten komen.

- Doel van de behandeling op het moment van evaluatie was dat Kaatje ging accepteren dat in de schoolse context taakgericht gedrag centraal stond en niet haar vroegkinderlijke behoeften. Dit wordt correct beschreven in cel B1.

#### *Kolom C*

Van Kaatje werd in deze fase van de behandeling niet gevraagd om haar probleem weg te houden uit school (C1). Het conflict (aanvaarden van de opdrachtsituatie) werd iedere keer weer in school aangegaan om met Kaatje tot duidelijke afspraken te komen over wat er op school van haar verwacht werd. De leefgroepmedewerkers wisten per schoolbezoek hoe dat verliep en lieten merken dat het voor hen belangrijk was dat Kaatje aan de verwachtingen voldeed.

- Per opdrachtsituatie werd naar Kaatje toe benoemd wat er op school van haar verwacht werd en werd haar duidelijk gemaakt in hoeverre ze daar aan voldeed. De beschrijving in cel C1 is niet van toepassing op dit behandelingsproces.

#### *7.2.4 Gerard*

Leeftijd bij evaluatie: 8 jaar oud

Huidige school: sinds 1 jaar op de interne school-SKZ

#### *Indeling in fasen*

Gerard ging op het moment van de evaluatie nog steeds maar driemaal per week een uur naar de interne school-SKZ. Hij kreeg les in een één-op-één situatie. Het leverde geen problemen op om in een dergelijke aangepaste situatie nieuwe leerstof te gaan verwerken. Het was wel moeilijk om die situatie om te bouwen naar een meer normale schoolsituatie met behoud van de gemaakte vorderingen.

- De behandeling van Gerard kan beschreven worden binnen de tweede fase. Het was gelukt om een schoolse situatie te scheppen waarin hij kon functio-

|   | A  | B  | C  |
|---|----|----|----|
| 1 | A1 | B1 | C1 |
| 2 | A2 | B2 | C2 |
| 3 | A3 | B3 | C3 |

neren. Er werd op het moment van evaluatie gezocht naar manieren om Gerard zo te veranderen dat die speciale aanpassingen niet meer nodig zouden zijn.

#### *Kolom A*

Gerard liet zich in deze fase van de behandeling structureren door een duidelijke en hem bekende onderwijs-leersituatie. De inhoudelijk eisen met betrekking tot het niveau van de leerstof en het tempo van verwerking werden langzaam verder uitgebouwd. Het afbouwen van de extra voorzieningen (alles voorgestructureerd in een opdrachtenschrift, geen materiaal dat angstige associaties kan oproepen) was nog niet aan de orde.

- De behandeling van Gerard wordt niet correct beschreven in Cel A2. Bij de behandeling van Gerard was geen sprake van twee gelijk oplopende processen (hogere eisen en minder rekening houden met).

#### *Kolom B*

Op school aanvaardde Gerard de leerkracht als een onopvallend en voorspelbaar onderdeel van de onderwijs-leersituatie. Bij onverwachte situaties of impulsieve reacties van de leerkracht werd Gerard angstig en moest hij teruggebracht worden naar de leefgroep om te kalmeren. De leerkracht was voor Gerard te vervangen, de vaste manier van lesgeven niet.

- Doel van de behandeling van Gerard op de interne school was het aanleren van een herkenbaar model waarin volwassenen inwisselbaar zouden zijn en blijven. De formulering van cel B2 suggereerde voor de leerkrachten van de interne school-SKZ een streven naar een affectief en wederkerig contact en was daarom niet van toepassing op dit behandelingsproces.

#### *Kolom C*

Het veranderingsproces bij Gerard is een gezamenlijke inspanning geweest van de leefgroepmedewerkers, beleidspsychiater, schoolpsycholoog en leerkrachten van de interne school-SKZ. De leefgroepmedewerkers hebben Gerard duidelijk gemaakt welk gedrag er op de interne school van hem verwacht werd en hoe de leerkracht daarop zou reageren. De leerkracht reageerde vervolgens volkomen conform het aangegeven model. Het gewenste gedrag is in de loop van het behandelingsproces door de diverse milieus in

|   | A  | B  | C  |
|---|----|----|----|
| 1 | A1 | B1 | C1 |
| 2 | A2 | B2 | C2 |
| 3 | A3 | B3 | C3 |

samenspraak op een steeds complexer niveau beschreven (van taakgericht functioneren per kwartier tot een lerend kind in de klas).

- Voor de leerkracht van de interne school-SKZ was het relevant door wie, op welke manier en op welk niveau het gewenste gedrag van Gerard besproken werd. Deze punten worden niet beschreven in kolom C. Het ontwikkelen van competentiegevoel (wat wel beschreven wordt in kolom C) was bij Gerard geen behandelingsdoel.

### 7.2.5 Leendert

Leeftijd bij evaluatie: 12 jaar oud

Huidige school: sinds 1 jaar op de interne school-SKZ

#### *Indeling in fasen*

Op het moment van evaluatie was bekend dat Leendert binnen enkele weken geplaatst zou worden op een basisschool in de omgeving. Zijn behandeling werd door de leerkracht als een 'modelbehandeling' getypeerd. De leerkrachten waren in staat om het behandelingsproces direct in de diverse kolommen te plaatsen.

#### *Kolom A*

In eerste instantie is Leendert een volledig voorgestructureerde onderwijsleersituatie aangeboden. In die fase van zijn behandeling werd ook alleen leerstof aangeboden die bekend was en beheerst werd. De stap naar nieuwe leerstof veroorzaakte een terugval in werkhouding en prestaties. Deze terugval werd verwacht door de leerkracht. Er was afgesproken om dit te negeren en in een van te voren afgesproken tempo door te gaan met het verhogen van de eisen. Naar Leendert toe werden de mislukkingen als onbelangrijk benoemd en werd iedere verhoging van de eisen gepresenteerd als een promotie mede op basis van zijn inzet.

#### *Kolom B*

De relatie tussen Leendert en de leerkracht kon vanaf het begin van het behandelingsproces getypeerd worden als een relatie op het tweede niveau.

|   | A  | B  | C  |
|---|----|----|----|
| 1 | A1 | B1 | C1 |
| 2 | A2 | B2 | C2 |
| 3 | A3 | B3 | C3 |

Vanuit deze veilige leerkracht-leerlingrelatie was het niet moeilijk om een veilige en succesvolle onderwijs-leersituatie aan te bieden. Het oordeel van de leerkracht en de manier waarop deze elke situatie benoemde was voor Leendert doorslaggevend.

### *Kolom C*

Bij Leendert werd in eerste instantie gepraat over het correct omgaan met opdrachtsituaties. Vervolgens is telkens met hem geëvalueerd welke positieve invloed hij zelf had op zijn functioneren en presteren op school. Uiteindelijk is hij samen met de leerkracht tot de conclusie gekomen dat plaatsing op een externe school voor hem binnen de mogelijkheden lag.

- Het veranderingsproces dat in het schema wordt beschreven was onverkort en in dezelfde volgorde van toepassing. Leendert had zelf greep gekregen op zijn schools functioneren.

### *7.2.6 Erwin*

Leeftijd bij evaluatie: 11 jaar oud

Huidige school: sinds 1½ jaar op de interne school-SKZ

### *Indeling in fasen*

Erwin ging ten tijde van de evaluatie eenmaal per week een uur naar de middenbouwklas van de interne school-SKZ. Tweemaal per week werkte hij een uur in een één-op-één situatie bij de remedial teacher. In de klas functioneerde hij in fase 1 van de behandeling. Bij remedial teaching functioneerde hij in fase 2. Dit werd door de leerkrachten per kolom uitgewerkt.

- In het behandelingsproces van Erwin zijn een eerste en een tweede fase te herkennen die in een verschillende context op een ander tijdstip aan de orde waren.

### *Kolom A*

Alle materiaal dat aanleiding kon geven tot angstige associaties bij Erwin belemmerde taakgericht werken. In de classesituatie werd dit zo volledig mogelijk ondervangen door alle onderwerpen waarvan bekend was dat hij er

|   | A  | B  | C  |
|---|----|----|----|
| 1 | A1 | B1 | C1 |
| 2 | A2 | B2 | C2 |
| 3 | A3 | B3 | C3 |

angstig op reageerde te vermijden, plaatjes uit de boeken weg te lakken, enzovoorts. Binnen de remedial teaching-situatie werd met Erwin gezocht naar manieren om met materiaal dat hem druk of angstig maakte om te gaan. Daarbij werd teruggegrepen op ervaringen vanuit leefgroep en therapie. Dit proces binnen de remedial teaching-situatie was voorwaardelijk voor een verdere doorgroei op school. Wanneer begrijpend leren en zaakvakken aan de orde zouden gaan komen, zou materiaal dat mogelijk aan angsten appelleert nauwelijks meer vermeden kunnen worden.

- Voor Erwin werden twee verschillende onderwijs-leersituaties geschapen. In de ene situatie stond ondervanging van zijn problematiek centraal; in de andere situatie werd geprobeerd om de vorderingen in leefgroep en therapie door te trekken naar omgaan met de leerstof.

#### *Kolom B*

Wanneer Erwin niet overspoeld werd door angstige associaties kon hij taakgericht functioneren bij een voor hem relatief vreemd blijvende volwassene. Er bestond op het moment van evaluatie echter geen persoonlijke relatie met de leerkracht of met de remedial teacher. Het was wel belangrijk dat beide personen volkomen voorspelbaar waren in uiterlijk en manier van werken. Uitleg over wat een leerkracht is en hoe een leerkracht functioneert moest die voorspelbaarheid vergroten.

- Bij Erwin werd gestreefd naar een herkenbaar model waarin volwassenen inwisselbaar zouden zijn en blijven. De beschrijving in cel B2 suggereerde voor de leerkrachten van de interne school-SKZ het streven naar een andere, meer persoonlijke en wederkerige relatie. Hieraan kon Erwin (nog) niet voldoen. De beschrijving in kolom B is daarom niet van toepassing op het behandelingsproces van Erwin.

#### *Kolom C*

Erwin wilde graag werken en het de volwassene naar de zin maken, maar hij werd regelmatig overspoeld door angstige fantasieën. Naar hem toe werd steeds benoemd dat hij ook kon kiezen voor schoolwerk en dat schoolwerk maken prettiger was dan druk of angstig worden. Dit was de kern van de aanpak en had weinig van doen met groei van competentiegevoel. De leerkrachten van de interne school-SKZ verwachtten niet dat een eigen competen-

|   | A  | B  | C  |
|---|----|----|----|
| 1 | A1 | B1 | C1 |
| 2 | A2 | B2 | C2 |
| 3 | A3 | B3 | C3 |

tiegevoel voor Erwin op termijn één van de pijlers van zijn veranderingsproces zou kunnen worden.

- De behandelingsdoelen die voor Erwin geformuleerd werden passen niet in kolom C. Het in deze kolom beschreven veranderingsproces zou voor Erwin waarschijnlijk te hoog gegrepen zijn. Het beschreven veranderingsproces was bij Erwin ook geen voorwaarde voor ingroei op een externe school.

### 7.2.7 Janneke

Leeftijd bij evaluatie: 10 jaar oud

Huidige school: sinds 10 maanden op de interne school-SKZ

#### *Indeling in fasen*

Reacties en prestaties van Janneke verschilden op de interne school-SKZ van dag tot dag. De aanpak op school werd per dag afgestemd op deze wisselingen. De keuze voor of ondervangen van alle problemen, of eisen stellen aan Janneke was iedere schooltijd afhankelijk van de manier waarop Janneke reageerde op haar eigen prestaties.

- De verschillende fasen die in het schema beschreven worden volgden elkaar bij de behandeling van Janneke niet in een vaste volgorde op.

#### *Kolom A*

Het heeft enige tijd geduurd om voor Janneke een onderwijs-leersituatie te vinden waarin Janneke succesvol kon functioneren. Pas nadat haar specifieke taalproblemen via psychodiagnostisch onderzoek duidelijker waren geworden, kon alle leerstof op maat worden aangeboden. Ondervangen van haar taalproblemen was op zich onvoldoende. Wanneer Janneke dacht dat ze een fout gemaakt had verloor ze iedere eigen ordening. De leerkracht moest dan (ook bij overbekende leerstof) iedere handeling stap voor stap voorbespreken en ondersteunen. Inhoudelijke eisen kwamen daarom pas langzaam aan de orde.

- Bij de inrichting van de onderwijs-leersituatie moest heen en weer geschakeld worden tussen A1 en A2.



|   | A  | B  | C  |
|---|----|----|----|
| 1 | A1 | B1 | C1 |
| 2 | A2 | B2 | C2 |
| 3 | A3 | B3 | C3 |

### *Kolom B*

Janneke had vrij snel een goed contact opgebouwd met de leerkracht. Dit viel echter helemaal weg zodra ze dacht dat er iets fout ging. Geruststelling van de leerkracht hielp op die momenten nauwelijks en haar hele denkproces raakte dan geblokkeerd.

- Afhankelijk van haar faalangst functioneerde Janneke afwisselend in cel B1 en cel B2.

### *Kolom C*

Pas op het moment dat de taalproblemen ondervangen werden was er ook regelmatig sprake van goed afgeronde opdrachten. Toch beleefde Janneke dat vaak niet als succeservaringen. Slechts mondjesmaat ontstonden er momenten dat Janneke kon genieten van haar prestaties. Haar eigen aandeel bij goede prestaties moest steeds door de leerkracht benoemd worden. Er moest in elke situatie waarin Janneke niet meer adequaat functioneerde naar geruststelling gezocht worden.

- De beschrijving in cel C1 (emotionele problematiek leren onderdrukken) was bij de behandeling van Janneke niet beperkt tot één fase. Het probleemgedrag speelde gedurende het gehele behandelingsproces een rol.

## *7.2.8 Marc*

Leeftijd bij evaluatie: 10 jaar oud

Huidige school: sinds 2 jaar op de interne school-SKZ

### *Indeling in fasen*

Marc had voorafgaand aan de opname nooit een school bezocht. In de onderbouw was een adequaat schoolsgedrag opgebouwd en waren de didactische leervoorwaarden aangeleerd. De overgang van opbouw van taakgericht gedrag naar verwerven van nieuwe schoolse vaardigheden en een andere houding ten opzichte van schoolsgedrag was soepel gemaakt. De aanpak op de interne school-SKZ tot op dat moment paste in fase 2 van het schema. Daarom werd het aanvankelijk lezen en rekenen opgestart bij de 'eigen' leerkracht. Het aanvankelijk lezen gaf grote problemen en op school moest

|   | A  | B  | C  |
|---|----|----|----|
| 1 | A1 | B1 | C1 |
| 2 | A2 | B2 | C2 |
| 3 | A3 | B3 | C3 |

weer teruggevallen worden op een aanpak zoals voor fase 1 beschreven wordt. Er moest opnieuw naar een situatie gezocht worden waarin hij zonder grote gedragsproblemen een ochtend lang op school kon functioneren.

- De fasen 1, 2 en 3 volgden elkaar bij de behandeling van Marc niet in een hiërarchische volgorde op.

#### *Kolom A*

Met Marc werden op dat moment bij het lezen alleen al bekende globaalwoorden herhaald. Het aanbieden van nieuwe leesvaardigheden werd uitgesteld totdat duidelijk zou zijn waarom het lezen problemen gaf en totdat het gedrag weer beheersbaar zou zijn. Tegelijkertijd werd geprobeerd om met rekenen wel inhoudelijke vorderingen te blijven maken.

- Voor Marc werden twee verschillende onderwijs-leersituaties geschapen. Bij het lezen stond het ondervangen van zijn problemen centraal (fase 1). Bij het rekenen werd gewerkt volgens fase 2 van het schema.

#### *Kolom B*

Toen Marc nog met kleuteropdrachten bezig was had hij een positieve relatie met de leerkracht. Vanaf het moment dat dezelfde leerkracht het aanvankelijk lezen introduceerde waren er regelmatig heftige scènes. Marc was niet langer bereid taakgericht te functioneren om daarmee de leerkracht een plezier te doen.

- Bij Marc was de mate waarin de relatie met de leerkracht als veilig werd ervaren afhankelijk van de manier waarop de onderwijs-leersituatie werd ingericht. De beschrijvingen in kolom B zijn daarop niet van toepassing.

#### *Kolom C*

In de periode dat de leerstof uit groep 1 en 2 werd aangeboden kon Marc samen met de leerkracht plezier beleven aan zijn prestaties. Nadat de overgang naar het aanvankelijk lezen gemaakt was, was hij slechts tot taakgericht gedrag in staat op basis van een materieel beloningssysteem en strikte afspraken met de leefgroepmedewerkers.

- In eerste instantie was er bij Marc sprake van een behandelingsproces zoals wordt beschreven worden in kolom C. Bij de overgang van het voorbereidend naar het aanvankelijk leren bleek het niet langer mogelijk om de

|   | A  | B  | C  |
|---|----|----|----|
| 1 | A1 | B1 | C1 |
| 2 | A2 | B2 | C2 |
| 3 | A3 | B3 | C3 |

opbouw van een andere houding ten opzichte van schools functioneren op die manier te laten verlopen. Bij Marc moest op dat moment in de behandeling worden uitgeweken naar een andere manier om zijn houding ten opzichte van schools leren te beïnvloeden. De manier waarop kolom C is geformuleerd is onvoldoende om dit te beschrijven.

### 7.2.9 Cor

Leeftijd bij evaluatie: 10 jaar oud

Huidige school: sinds 1½ jaar op de interne school-SKZ

#### *Indeling in fasen*

Cor zat op het moment van evaluatie in de eindfase van de behandeling op de interne school. Er werden met hem en met leefgroepmedewerkers en ouders gesprekken gevoerd over plaatsing op een basisschool in de omgeving.

- Het bleek moeilijk om het onderhandelingsproces tussen Cor en de volwassenen onder te brengen in de drie verschillende fasen. Per kolom is verkend waarom dat problemen gaf.

#### *Kolom A*

De prestaties van Cor waren goed, dat werd door hem ook belangrijk gevonden. Hij had echter geen oog voor andere aspecten van de onderwijs-leersituatie. Zijn werkhouding is op de interne school stap voor stap bespreekbaar gemaakt. Stap voor stap is in de inrichting van de onderwijs-leersituatie toegewerkt naar een zelfstandige werkhouding en een afbouw van voorstructurering van alle opdrachten. Cor kreeg alleen leerstof met een hogere moeilijkheidsgraad aangeboden wanneer hij zich ten aanzien van zijn werkhouding aan de afspraken hield.

- De inrichting van de onderwijs-leersituatie is lange tijd alleen ingericht op en beoordeeld naar de werkhoudingsproblemen van Cor. Zijn prestaties bij de leervakken waren daaraan ongeschikt. Het verhogen van inhoudelijke eisen ten aanzien van de leerstof (cel A2) was daarmee geen doel, maar een behandelingsinstrument.

|   | A  | B  | C  |
|---|----|----|----|
| 1 | A1 | B1 | C1 |
| 2 | A2 | B2 | C2 |
| 3 | A3 | B3 | C3 |

### *Kolom B*

Cor was gewend om de leerkracht te gebruiken voor ondervanging van zijn eigen slechte impulsregulatie wanneer het hem uitkwam. Vanaf de eerste dag op de interne school-SKZ is deze gewoonte niet geaccepteerd. Cor moest werken binnen de regie van de leerkracht en aan haar eisen voldoen in plaats van andersom. Uitbreiding van schooltijden is uitdrukkelijk afhankelijk gemaakt van zijn vorderingen in dat opzicht. Na een stilstand van enkele maanden (eerste fase) heeft Cor deze voorwaarde geaccepteerd en is er een prettig contact ontstaan tussen hem en de leerkracht (tweede fase). Ten tijde van de evaluatie liepen er gesprekken tussen hem en de leerkracht over de manier waarop hij zich op een externe school zou moeten opstellen (derde fase).

- De verschillende stappen die beschreven worden in kolom waren in het behandelingsproces van Cor te herkennen. Deze stappen vormden echter geen perioden waarin nieuw gedrag werd aangeleerd. Op drie opeenvolgende niveaus van complexiteit is er aan Cor gevraagd om een andere keuze te maken ten aanzien van de manier waarop hij zich opstelde in een leerkracht-leerlingrelatie.

### *Kolom C*

In de eerste fase van zijn behandelingsproces op de interne school-SKZ verdroeg Cor niet dat er kritiek gegeven werd op zijn prestaties. In de behandeling werd er naar gestreefd dat de leerkracht voor Cor naast een regulerende ook een corrigerende rol kon gaan vervullen. Pas daarna zou een competentiegevoel kunnen ontstaan, gebaseerd op zijn reële prestaties en niet op wat hij zou willen kunnen.

- Het behandelingsproces van Cor laat zich goed beschrijven in kolom C (eerst het probleemgedrag, dan het competentiegevoel, daarna perspectief op een externe school). Vanuit het schema kan duidelijk gemaakt worden hoe in het behandelingsproces van Cor steeds bewaakt werd dat vorderingen in één aspect van de schoolse situatie in evenwicht bleven met het totaal.

|   | A  | B  | C  |
|---|----|----|----|
| 1 | A1 | B1 | C1 |
| 2 | A2 | B2 | C2 |
| 3 | A3 | B3 | C3 |

### 7.2.10 Nico

Leeftijd bij evaluatie: 10 jaar oud

Huidige school: sinds 2½ jaar op de interne school-SKZ

#### *Indeling in fasen*

Nico had voor voorafgaand aan de opname nooit een school bezocht. Op de interne school-SKZ is eerst een gewenningsfase gehanteerd. Materiaal uit groep 2 werd aangeboden in een één-op-één situatie bij de leerkracht van de onderbouw. Bij dezelfde leerkracht werd in 1½ jaar het aanvankelijk lezen en rekenen geïntroduceerd. Daarna is de overgang gemaakt naar een andere leerkracht en een kleine klas. Op het moment van evaluatie werd Nico in klein klasseverband (vier kinderen) voorbereid op plaatsing in een speciale opvangklas voor kinderen met aan autisme verwante problemen.

- De fasen 1, 2 en 3 zijn achteraf in het behandelingsproces van Nico duidelijk te herkennen.

#### *Kolom A*

Het heeft lang geduurd om een manier te vinden waarop Nico met succes kon functioneren binnen een opdrachtsituatie. Een groot probleem was dat zijn werkhouding niet verbaal te reguleren was. Uiteindelijk had een beloningssysteem met visuele feedback om het kwartier voldoende effect en kon de één-op-één situatie verlaten worden. Aanvankelijk lezen en rekenen zijn toen opgestart met zelfgemaakt materiaal waarbij zijn verbale onvermogen en zijn angstige associaties constant ondervangen werden. Iedere poging om deze ondervanging af te bouwen gaf een terugval in presteren te zien.

- De tweedeling die in cel A2 beschreven wordt (hogere eisen en minder rekening houden met) is geen correcte weergave van het behandelingsproces van Nico. Het afbouwen van alle speciale aanpassingen in de onderwijs-leersituatie was eigenlijk een fase apart, die pas aan de orde kwam toen er duidelijkheid was over het verdere toekomstperspectief van Nico.

#### *Kolom B*

Nico had tot aan het moment van de evaluatie geen persoonlijke en wederkerige relatie opgebouwd met de leerkracht. Hij had wel geleerd om in een

|   | A  | B  | C  |
|---|----|----|----|
| 1 | A1 | B1 | C1 |
| 2 | A2 | B2 | C2 |
| 3 | A3 | B3 | C3 |

tweede milieu taakgericht te functioneren. Het maakte hem niet uit wie er voor de klas stond, als er maar een vaste stijl van lesgeven werd gehanteerd.

- Bij het behandelingsproces van Nico is gestreefd naar het aanleren van een herkenbaar model voor een leerkracht-leerlingrelatie, zodat diverse volwassenden de rol van leerkracht bij Nico konden gaan innemen. Voor de leerkrachten van de interne school-SKZ kwam deze keuze onvoldoende tot zijn recht in de beschrijvingen van kolom B.

#### *Kolom C*

Nico heeft in de loop van het behandelingsproces geleerd om te functioneren conform hetgeen op de interne school-SKZ van hem verwacht werd. Hij hechtte aan de structuur die school hem bood, maar was niet gemotiveerd voor prestaties of voor groei naar een externe school.

- Voor Nico werd geen veranderingsproces nagestreefd zoals beschreven in kolom C. Uitgaande van zijn beperkingen is hem een duidelijk omschreven model aangeboden waarmee hij in een (hele specifieke) externe school kon gaan functioneren.

#### *7.2.11 Felix*

Leeftijd bij evaluatie: 9 jaar oud

Huidige school: sinds 1 jaar op de interne school-SKZ

#### *Indeling in fasen*

Voorafgaand aan de opname had Felix op een Medisch Kleuterdagverblijf gezeten waar hij nooit in een groep heeft kunnen functioneren. Ten aanzien van de leerstof waren fase 1 en 2 duidelijk te onderscheiden. Pas op het moment dat er sprake was van een lopend leerproces zijn de andere aspecten van zijn functioneren op school als behandelingsdoel in zicht gekomen.

#### *Kolom A*

In een eerste fase van behandeling is gekozen voor een volledige ondervanging van alle werkhoudingsproblemen en het uitbannen van alle appels op angstige fantasieën uit de schoolsituatie. Felix heeft daarom een jaar in een

|   | A  | B  | C  |
|---|----|----|----|
| 1 | A1 | B1 | C1 |
| 2 | A2 | B2 | C2 |
| 3 | A3 | B3 | C3 |

één-op-één situatie gefunctioneerd. In deze onderwijssituatie is het aanvankelijk lezen en rekenen aangeleerd. Het accent zou op het moment van evaluatie verlegd gaan worden naar het vasthouden van vorderingen en tempo met minder aangepaste leerstof in een klein klasseverband.

- De tweedeling in cel A2 is geen correcte weergave van het behandelingsproces bij Felix. De afbouw van alle speciale aanpassingen in de onderwijsleersituatie zou een aparte fase gaan worden en liep niet gelijk op met het verhogen van de inhoudelijke eisen.

#### *Kolom B*

Felix had op zich geen problemen met het functioneren in een opdrachtsituatie in een tweede milieu. Voorwaarde was dat de situatie voorspelbaar was en dat de leerkracht zich neutraal opstelde. Felix werkte omdat er een duidelijke taakstelling gecreëerd werd aan de hand van het aangeboden materiaal. Een appel op relatiefactoren (werken voor de leerkracht of werken voor complimentjes) zou het leerproces zelfs belemmeren.

- Aan Felix werd een herkenbaar model voor de leerkracht-leerlingrelatie aangeboden. Dit wordt niet correct weergegeven in cel B2. De leerkrachten van de interne school-SKZ waren van mening dat de term 'exclusieve leerkracht-leerlingrelatie' verwijst naar een persoonsgebonden contact.

#### *Kolom C*

Felix was geïnteresseerd in schoolse vaardigheden en schoolse kennis. Er was sprake van een eigen motivatie voor het verwerven van schoolse kennis. Felix was niet gemotiveerd om te leren hoe hij zich moest gedragen in een groep. Wanneer hij in de klas zat had hij zindelijkheidsproblemen en werd hij overspoeld door angstige fantasieën. In een één-op-één situatie bij de remedial teaching was dit niet het geval. Er werd ten tijde van de evaluatie gezocht naar een manier om de adequate werkhouding bij remedial teaching over te planten naar de classesituatie.

- In het schema wordt het probleemgedrag beperkt tot cel C1. Bij het bespreken van de behandeling van Felix werd gesteld dat het probleemgedrag gedurende de gehele behandelingsperiode een rol zou blijven spelen. Veranderingen speelden zich bij Felix af ten aanzien van het niveau waarop doelen geformuleerd werden voor dat probleemgedrag (van taakgericht

|   | A  | B  | C  |
|---|----|----|----|
| 1 | A1 | B1 | C1 |
| 2 | A2 | B2 | C2 |
| 3 | A3 | B3 | C3 |

functioneren per kwartier tot meedraaien in klasseverband met behoud van leervorderingen en tempo).

### 7.2.12 Arie

Leeftijd bij evaluatie: 13 jaar oud

Huidige school: sinds 1½ jaar op de interne school-SKZ

#### *Indeling in fasen*

In een eerste fase van behandeling heeft centraal gestaan dat de negatieve interacties van de vorige school zich niet mochten gaan herhalen. Op het moment van evaluatie werd met Arie samen een overlegmodel ontwikkeld, waarbij zijn eigen greep op de diverse aspecten van de schoolsituatie sterk benadrukt werd.

- De eerste en tweede fase van het schema zijn in het verloop van de behandeling van Arie goed te herkennen.

#### *Kolom A*

In de tijd dat er een positieve relatie opgebouwd moest worden tussen Arie en de leerkracht werden er geen inhoudelijke eisen gesteld aan de leerstof. Arie kreeg steeds de mogelijkheid om te kiezen uit diverse opdrachten met een verschillende moeilijkheidsgraad; fouten werden genegeerd. Op het moment dat er een goede relatie bestond tussen Arie en de leerkracht werden er (in samenspraak en pas wanneer Arie aangaf dat hij het daar mee eens was) inhoudelijke eisen gesteld. Het afbouwen van extra ondersteuning was echter op dat moment niet aan de orde omdat een grote didactische achterstand moest worden ingelopen.

- In cel A1 en cel A2 wordt een onderscheid aangegeven dat in het behandelingsproces van Arie duidelijk te herkennen was. De tweedeling in cel A2 (hogere eisen en minder rekening houden met) vormt echter geen correcte weergave van het behandelingsproces. In een situatie, die zo veel mogelijk was aangepast aan wat Arie nodig had, werd naar duidelijkheid gezocht over de mate waarin de didactische achterstand ten opzichte van zijn leeftijdgenoten kon worden ingelopen.



|   | A  | B  | C  |
|---|----|----|----|
| 1 | A1 | B1 | C1 |
| 2 | A2 | B2 | C2 |
| 3 | A3 | B3 | C3 |

### *Kolom B*

Er is vanaf het begin voor gekozen om ook op de interne school de autonomie van Arie te benadrukken. Een model waarbij de leerkracht voor Arie besliste zou te veel lijken op zijn vorige schoolsituatie (zie hoofdstuk 4). In een beperkt aantal schooltijden per week werd een overlegmodel bij Arie geïntroduceerd. Hij kon binnen het kader van de leerkracht per leskwartier beslissen welke stof aan de orde kwam en op welk niveau. Als tweede stap werd het plezier benadrukt van een beveiligende en waardering opleverende leerkracht-leerlingrelatie. Temporisering van dit proces was afgestemd op de vorderingen in relatievorming in leefgroep en therapie.

- De beschrijving van kolom B lijkt te veel toegespitst op de behandeling van jonge kinderen die nooit naar school zijn geweest. Om het behandelingsproces van Arie te kunnen beschrijven zouden in het schema de verschillende niveaus beschreven moeten worden waarop met hem gewerkt is aan de manier van omgaan binnen een leerkracht-leerlingrelatie.

### *Kolom C*

Er is bewust voor gekozen bepaalde aspecten van de emotionele problematiek van Arie bespreekbaar te maken in persoonlijke gesprekken tussen hem en de leerkracht. Daarbij heeft niet zijn competentiegevoel ten opzichte van zijn eigen prestaties voorop gestaan, maar het benadrukken van zijn eigen autonomie bij het schools leerproces en het in een toekomstperspectief plaatsen van zijn schools presteren.

- Het probleemgedrag van Arie heeft op de interne school-SKZ in alle fasen van de behandeling centraal gestaan en niet, zoals geformuleerd in cel C1, maar een beperkte periode. Daarbij was op een steeds complexer niveau aan Arie duidelijk gemaakt dat hij zelf controle had over zijn leerproces. Dit wordt niet correct beschreven in kolom C.

### *7.2.13 Olivia*

Leeftijd bij evaluatie: 14 jaar oud

Huidige school: sinds 2½ jaar op de interne school-SKZ

|   | A  | B  | C  |
|---|----|----|----|
| 1 | A1 | B1 | C1 |
| 2 | A2 | B2 | C2 |
| 3 | A3 | B3 | C3 |

### *Indeling in fasen*

Olivia had voor de opname een aantal jaren goed gefunctioneerd op een basisschool. Vanaf groep 5 was er echter sprake van een leerstilstand. Twee jaar daarna werd zij opgenomen in de kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek. Olivia ging twee jaar lang een beperkt aantal malen per week naar de interne school-SKZ zonder dat de manier van omgang in die periode ingrijpend veranderd is. De laatste maanden voor het moment van evaluatie heeft Olivia planmatig gewerkt aan het inlopen van de didactische achterstand omdat zij graag naar een externe school wilde.

- In de aanpak van de interne school-SKZ zijn geen verschillende fasen te herkennen. School heeft de vorderingen in leefgroep en therapie afgewacht.

### *Kolom A*

Olivia is twee jaar lang met een beperkte frequentie naar school gekomen en kreeg in die periode ook geen nieuwe leerstof aangeboden. Er is naar gestreefd om de kennis die ze al verworven had te onderhouden in afwachting van de vorderingen in leefgroep en therapie.

### *Kolom B*

De leerkracht heeft zich heel neutraal en niet-eisend opgesteld. Hierin is pas verandering gekomen toen uit vorderingen in de relatievorming in leefgroep en therapie duidelijk werd dat dit voor Olivia hanteerbaar zou zijn.

### *Kolom C*

In de leefgroep en therapie is met Olivia gepraat over haar toekomstperspectief. Mede geïnitieerd door deze gesprekken begon zij op school vorderingen te maken, omdat daarmee een externe schoolplaatsing mogelijk zou worden.

- Bij Olivia kon het veranderingsproces moeilijk beschreven worden binnen het behandelingsconcept voor de interne school-SKZ. Gericht beïnvloeding vond plaats in therapie en in de leefgroep, niet op de interne school-SKZ. De beschrijving die door een aantal klinieken en kliniekscholen is gegeven van speciaal onderwijs met een verblijfsfunctie lijkt meer van toepassing. Olivia was het enige kind waarbij enkele jaren sprake is geweest van een normaal schools leerproces. Dit verklaart misschien waarom een andere, minder planmatige aanpak mogelijk was.

### 7.3. Het schema

Het behandelingsconcept voor de interne school-SKZ wordt in dit subhoofdstuk kolom voor kolom besproken. Daarbij zullen de commentaren die geleverd zijn aan de hand van het behandelingsproces van kinderen die de interne school-SKZ bezochten aan de orde komen. Daarnaast wordt kritiek geleverd op basis van logisch consistent redeneren. Gesprekken met de beide begeleiders van het onderzoek en met twee onafhankelijke externe beoordelaars vormden daarvoor mede de basis.

#### 7.3.1 Algemene kritiekpunten

In het schema zoals geformuleerd in hoofdstuk 6 wordt gesproken van drie verschillende fasen van behandeling. Deze indeling in fasen is al in hoofdstuk 3 ontstaan en is in de gesprekken met andere klinieken (hoofdstuk 5) ook regelmatig genoemd. Het begrip fase wordt in Van Dale (1992) als volgt omschreven: "elk van de opeenvolgende standen of waarden in een terugkerende opeenvolging van bewegingen of veranderingen". Ook in psychologische literatuur wordt benadrukt dat bij een fasemodel sprake is van een invariante volgorde van kwalitatieve veranderingen (Hamel, 1986). De beschrijvingen die de leerkrachten van de interne school-SKZ gaven van het behandelingsproces van de verschillende kinderen pasten daar niet altijd bij. Bij Marc en Janneke werd aangegeven dat er geen sprake was van een dwingende volgorde in de tijd. Bij Erwin kwam ter sprake dat in eenzelfde tijdspanne bij remedial teaching en in de klas sprake was van een verschillende aanpak; remedial teaching paste in de tweede fase van behandeling, de aanpak in de klas paste in de eerste fase van behandeling. Bij een aantal kinderen leverde het inpassen van hun behandeling in het schema problemen op, omdat er bij hen geen sprake was van een dwingende opeenvolging in de tijd van de genoemde fasen.

Daarnaast is bij de bespreking van de diverse behandelingsprocessen toenevend duidelijk geworden dat het onderscheid dat in het schema gehanteerd wordt tussen de verschillende fasen wel belangrijk is. Er worden keuzen in aangegeven die gemaakt zijn voor een bepaalde manier van proceshantering, voor verschillende manieren van gerichte beïnvloeding. Het is daarom correct om niet te spreken van fasen van behandeling. In plaats daarvan was sprake van verschillende strategieën die tijdens de behandeling achtereenvolgens of naast elkaar op verschillende plaatsen in het behandelingsmilieu gehanteerd kunnen worden. Het kind maakte fasen door in zijn ontwikkeling. De behandelaar maakte keuzen voor wat betreft de specifieke strategieën.

Het begrip strategie komt oorspronkelijk vanuit militair taalgebruik. De strategie heeft tot taak, telkens in overeenstemming met de omstandigheden het algemeen militair doel van de oorlogshandeling te bepalen (Van Dale,

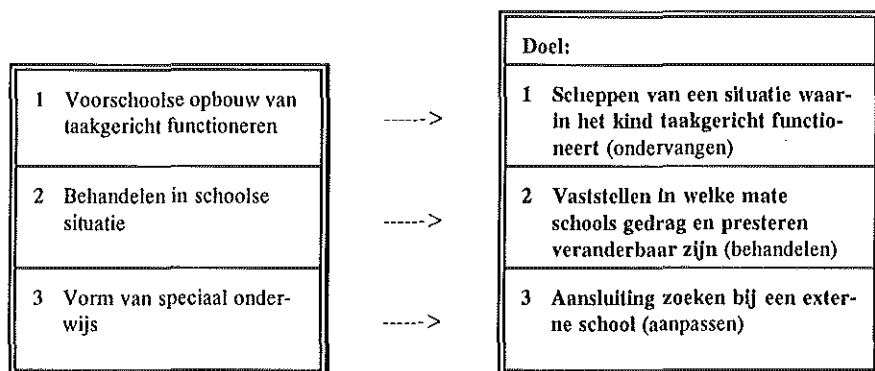
1992). In deze oorspronkelijke militaire betekenis wordt dus al verwezen naar een overkoepelend richting geven aan concreet handelen. In de Grote Winkler Prins (Elsevier, 1993) wordt strategie uitgelegd als het geheel van plannen en voorschriften met betrekking tot gebruik van machtsmiddelen. Strategie wordt daarbij onderscheiden van het begrip tactiek, omdat strategie lang van te voren wordt vastgelegd terwijl tactiek aan plaats en tijd gebonden is. In onderwijstheorieën (Joyce, Weil, 1984) wordt het begrip strategie gebruikt voor een plan of schema dat gebruikt wordt om samenhang aan te brengen in activiteiten en gedragingen van de leerkracht. Een strategie geeft aan wat er moet gebeuren, niet hoe dat concreet wordt uitgewerkt tijdens de les (Jonassen, Grabowski, 1993). Het begrip strategie verwijst in dit onderzoek naar het domein van de feitelijke inhoud van de strategie (Mintzberg, 1994), niet naar het systeem van interventies op zich, zoals in orthopedagogische theorieën vaak gebruikelijk is (Kok, 1991). Wanneer een strategie beschreven wordt, wordt het denkpatroon beschreven van waaruit consistent richting gegeven wordt aan het handelen.

- Een beschrijving van de drie verschillende manieren van werken op de interne school-SKZ in termen van strategieën in plaats van in termen van fasen komt tegemoet aan de kritiek die geformuleerd is. Bovendien past een beschrijving in termen van strategieën beter bij het oorspronkelijke onderzoeksdoel. In hoofdstuk 2 werd beschreven dat gezocht werd naar een explicitering van het beslissingsproces van hulpverleners. Door gebruik van de term strategie wordt benadrukt dat het gaat om een keuze van de hulpverleners die zoveel mogelijk expliciet en planmatig moet worden gemaakt. Kennis over dit beslissingsproces moet onderscheiden worden van het veranderingsproces bij het kind.

Bij de evaluatie van de derde kolom kwam met name bij Arie, Janneke en Felix ter sprake dat het probleemgedrag van het kind gedurende de gehele behandeling een centrale rol speelde. Beperking van het probleemgedrag tot kolom C1 is daarom onjuist.

- In het schema moet beschreven worden hoe ernstige emotionele en/of gedragsproblemen binnen een schoolse situatie vanuit verschillende invalshoeken en met behulp van verschillende strategieën benaderd kunnen worden.

Combinatie van deze beslissingen levert drie verschillende strategieën op, te weten ondervangen, behandelen en aanpassen. Bij de planning van het behandelingsproces op de interne school-SKZ moet telkens bepaald worden vanuit welke van de drie strategieën behandelingsplanning voor het kind plaatsvindt. De drie strategieën zoals geformuleerd in het nieuwe schema staan vermeld in de rechter kolom van de eerste figuur.



Figuur 7.1 Fasen worden strategieën in het nieuwe schema

De leerkrachten van de interne school-SKZ hebben bij het bespreken van de kinderen regelmatig aangegeven dat de einddoelen in het schema zoals geformuleerd in hoofdstuk 6 niet te verwezenlijken waren. Bij Erwin, Denise, Gerard, Marc, Nico en Felix kwam ter sprake dat ten aanzien van één of meer onderdelen van het schema sprake was van einddoelen van behandeling die niet op het hoogste niveau lagen. Haalbare doelen konden per kind aanzienlijk verschillen en per kind is soms vanuit verschillende theoretische invalshoeken gewerkt.

- Het schema zoals geformuleerd in hoofdstuk 6 beschrijft blijkbaar een ideaaltypisch behandelingsproces. Dit ideaaltypische proces (leidend tot een kind dat vanuit een intrinsieke motivatie zelf greep houdt op zijn gedrag en prestaties op school) kwam in de gesprekken met medewerkers van klinieken en kliniekscholen (hoofdstuk 5) regelmatig ter sprake.

Wanneer het onderzoek gericht zou zijn op de beschrijving van het veranderingsproces bij het kind hadden deze opmerkingen moeten leiden tot een verdere ordening van subdoelen binnen een ideaaltypisch veranderingsproces. Het onderzoek is echter gericht op ordening van het behandelingsproces op de interne school-SKZ. De beschrijving in het schema moet daarom dusdanig toegespitst worden dat een diversiteit aan veranderingsprocessen (en niet alleen de ideaaltypische) binnen het schema besproken kan worden. Het behandelingsconcept moet de aard van het beïnvloedingsproces beschrijven, niet de beoogde resultaten per kind. Dit is volledig in overeenstemming met het denken dat in hoofdstuk 2 is geformuleerd. Daar is gesteld dat een schema over de aanpak op de interne school-SKZ een ordening moet geven van het handelen van de hulpverlener. Een heterogene groep kinderen en veranderingsprocessen van een verschillend niveau moeten daarin een plek kunnen krijgen.

- Het schema zoals geformuleerd in hoofdstuk 6 bevat een beschrijving van één specifiek veranderingsproces, waarbij het kind vanuit een intrinsieke motivatie zelf greep houdt op zijn gedrag en prestaties op school. Het is in overeenstemming met de redenering tot nu toe om een specifieke theoretische visie over veranderingen bij kinderen te vervangen door een ordening van het handelen van de hulpverleners.

### *7.3.2 De inrichting van de onderwijs-leersituatie*

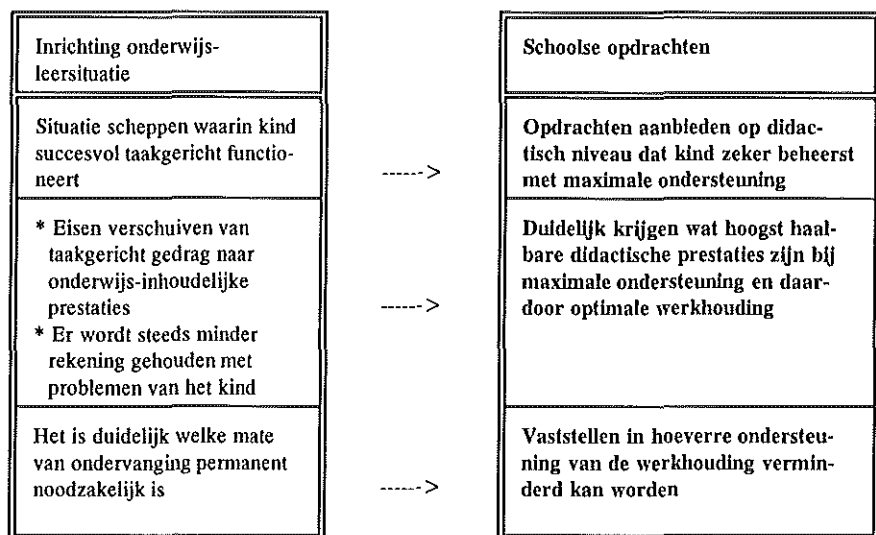
De tweedeling die in het behandelingsconcept zoals geformuleerd in hoofdstuk 6 gemaakt is voor de tweede fase van behandeling werd bij Arie, Felix, Nico, Leendert, Gerard, Denise en Bettie als incorrect ervaren. In de ervaring van de leerkrachten was er geen sprake van 'verhogen van inhoudelijke eisen' en 'minder rekening houden met het kind' als twee gelijk oplopende processen.

Eerst wordt naar duidelijkheid gezocht over de maximale mogelijkheden van het kind. Daadwerkelijke prestaties binnen een optimale leeromgeving maken vaak pas duidelijk wat de cognitieve mogelijkheden van het kind zijn (Dumont, 1977). De daaropvolgende vraag is of het kind die vorderingen ook kan vasthouden bij een normalisering van de leersituatie. Dit is door de leerkrachten van de interne school-SKZ als een apart proces benoemd waarbij aan de hand van de reacties van het kind een afweging gemaakt wordt over de speciale aanpassingen die noodzakelijk blijven. De mate waarin aanpassingen afgebouwd kunnen worden leidt uiteindelijk tot een conclusie over de school waar het kind uiteindelijk naar toe kon. Dit proces moet worden weergegeven wanneer de inrichting van de onderwijs-leersituatie schematisch wordt samengevat.

In de rechter kolom van figuur 7.2 staat weergegeven hoe de inrichting van de onderwijs-leersituatie geformuleerd is in het nieuwe schema.

### *7.3.3 Het contact met de volwassenen*

In het schema zoals geformuleerd in hoofdstuk 6 is voor de tweede fase van behandeling geformuleerd dat er een veilige en op maat gesneden leerkracht-leerlingrelatie wordt aangeboden. Bij de evaluatie bleek dat deze formulering voor de leerkrachten van de interne school-SKZ de suggestie in zich draagt dat er sprake is van een affectieve relatie, waarin wederkerigheid een rol speelt. Bij een aantal kinderen speelde een affectieve relatie inderdaad een beveiligende en motiverende rol. De leerkrachten stelden dat een dergelijk contact met name bij Erwin, Gerard en Nico niet aan de orde was. Bij deze kinderen werd een duidelijk model aangeboden waarbij niet de persoon van de leerkracht, maar een ordening voor het kind van wat een leerkracht is en hoe een leerling zich ten opzichte van een leerkracht gedraagt tot een hanteerbare relatie moet leiden.



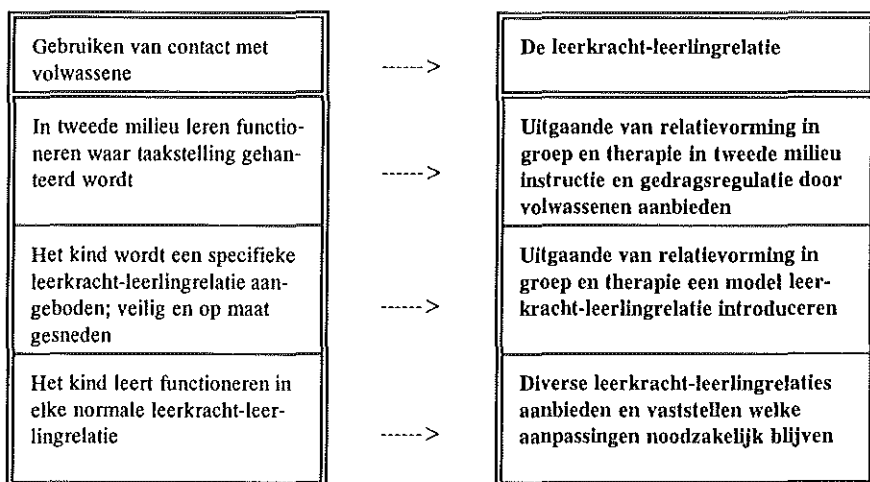
Figuur 7.2 Wijzigingen in kolom A

Doorgroei in gedrag en presteren op school wordt daarmee mogelijk zonder dat de behandeling van de emotionele en relationele problemen in therapie en leefgroep is afgerond. Pas op het moment dat aansluiting bij een externe school centraal stond werd bij deze kinderen de exclusieve leerkracht-leerling-relatie uitgebreid naar andere volwassenen. Deze ervaringen met het hanteren van de leerkracht-leerling-relatie moeten te plaatsen zijn in het nieuwe schema.

In de rechter kolom van figuur 7.3 staat weergegeven hoe het gebruiken van het contact met de volwassene geformuleerd is in het nieuwe schema.

#### 7.3.4 De veranderingen bij het kind

In het schema zoals geformuleerd in hoofdstuk 6 is de derde kolom benoemd als veranderingen bij het kind: een accentuering van kindkenmerken. Dit ligt niet in het verlengde van de benoeming van de twee andere kolommen waar wordt verwezen naar aandachtsgebieden binnen de behandelingssituatie op de interne school-SKZ. De eerste en tweede kolom richten zich daarbij op de leerstof en op interpersoonlijke kenmerken van de situatie. In de derde kolom zijn bij de gesprekken over behandlungsprocessen gedrag, emoties en cognities van het kind ter sprake gekomen. De kolom diende om een ordening geven voor de hulpverlener van het gerichte beïnvloedingsproces ten aanzien van gedrag en beleven van het kind wat betreft school. Benoeming van de kolom is in die richting veranderd.



Figuur 7.3 Wijzigingen in kolom B

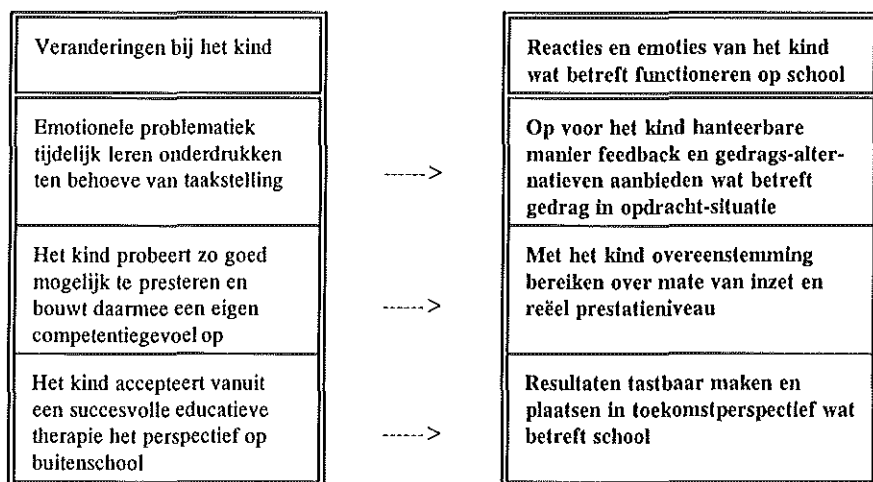
Voor kinderen zoals Leendert en Cor gold dat het veranderingsproces van het schema zoals geformuleerd in hoofdstuk 6 van toepassing was. Voor Denise, Bettie, Erwin en Nico was het beschreven veranderingsproces echter te hoog gegrepen.

Daardoor is duidelijk geworden dat achter de oorspronkelijke beschrijving in kolom C van drie opeenvolgende fasen aannamen liggen die ter discussie gesteld moeten worden. Er wordt een volgorde aangehouden waarbij het onderdrukken van de emotionele problematiek voorafgaat aan het leveren van goede schoolse prestaties. Een dergelijke volgorde suggereert een eenduidige causale relatie tussen emotionele problematiek en leerproblemen die in hoofdstuk 1 al van de hand gewezen was. De beschrijving in cel C2 (het kind probeert zo goed mogelijk te presteren en bouwt daarmee een eigen competentiegevoel op) verwijst naar een specifiek veranderingsproces bij kinderen. Een dergelijk veranderingsproces komt voor een aantal kinderen lange tijd niet aan de orde, omdat zij daar qua persoonlijkheidsontwikkeling nog niet aan toe zijn. [Een kind met een pervasieve ontwikkelingsstoornis, die (nog) niet begrijpt wat zijn eigen aandeel is in prestaties, kan ook geen competentiegevoel opbouwen.] Uitgangspunt bij de aanpak op de interne school-SKZ is dat er met het kind afspraken gemaakt werden over zijn functioneren op school, die aansluiten bij de manier waarop het kind wel in staat is om met school te functioneren om te gaan. Dit is een logische consequentie van de keuze om het functioneren op school zo vroeg mogelijk in de behandeling af te splitsen van de behandeling van de ernstige emotionele en/of gedragsproblemen. Exclusief beschrijven van de ontwikkeling van competentiegevoelens is dus niet correct.



Inmiddels is ook duidelijk dat kolom C evenals de andere kolommen moet gaan over het beslissingsproces van de hulpverleners, niet over het veranderingsproces bij het kind. Met name uit het behandelingsproces van Kaatje, Gerard, Felix en Arie werd duidelijk dat interacties met het kind over zijn functioneren op school op een steeds hoger niveau van complexiteit gevoerd worden. Eerst worden alleen eisen gesteld of wordt feedback gegeven per opdracht-situatie. Daarna komen gesprekken aan de orde over inzet en prestatieniveau van het kind. Uiteindelijk worden gesprekken aangegaan over de plaats die schools leren krijgt in het leven van het kind en wordt het belang van school en van leren in een maatschappelijke context geplaatst.

Een dergelijke opbouw van het niveau waarop de hulpverlener het functioneren op school naar het kind toe bespreekbaar maakt wordt kort samengevat in figuur 7.4.



Figuur 7.4 Wijzigingen in kolom C

In hoofdstuk 9 wordt het vernieuwde schema in zijn totaliteit gepresenteerd en besproken.

## 7.4 Conclusies

In hoofdstuk 7 is beschreven hoe het behandelingsconcept op de interne school-SKZ geëvalueerd is in de eigen praktijk. Alle kinderen die de interne school-SKZ bezochten op het moment van onderzoek zijn besproken. Daarbij is nagegaan in hoeverre het schema als referentiekader gebruikt kon worden voor hun behandelingsproces. Dit heeft tot enkele fundamentele aanpassingen van het behandelingsconcept geleid.

Als eerste is de term fasen vervangen door strategieën. Binnen elke strategie is aangegeven welke doelen voor de hulpverlener centraal staan. Vervolgens zijn de drie kolommen opnieuw benoemd als drie verschillende beïnvloedingsdomeinen, waarbij respectievelijk onderwijskundige, interpersoonlijke en intrapersoonlijke aspecten centraal staan. Tenslotte is de statische verblijfsfunctie onderin het schema vervangen door een actieve afbouwstrategie richting externe scholen.

- Het gewijzigde schema wordt door de leerkrachten van de interne school-SKZ ervaren als een correcte en volledige beschrijving van hun handelen. De oorspronkelijke doelstelling van het onderzoek - een verdere ordening van het handelen op de interne school-SKZ - is daarmee bereikt. Rest de vraag of het schema alleen een beschrijving is van een aanpak binnen één specifieke context of dat er sprake was van een specifieke methodiek of behandelingsvorm die ook in andere, overeenkomstige instellingen herkend wordt. Deze vraag komt aan de orde in hoofdstuk 8.

## 8 Summatieve evaluatie: het schema beoordeeld

In hoofdstuk 8 komt de vraag aan de orde in hoeverre het onderzoeksresultaat de context overstijgt waarin het werd ontwikkeld.

In subhoofdstuk 8.1 wordt beschreven op welke manier deze vraag beantwoord is. Twee benaderingen die binnen het kader van dit onderzoek niet bleken te voldoen worden besproken. Daarna wordt gemotiveerd waarom voor een derde benadering - evaluatiegesprekken met praktijkwerkers - is gekozen en hoe hieraan is vormgegeven.

In subhoofdstuk 8.2 wordt het commentaar samengevat van praktijkwerkers in twee kinder- en jeugdpsychiatrische klinieken. Deze medewerkers hadden in een eerder stadium van het onderzoek ook een bijdrage geleverd (hoofdstuk 5).

In subhoofdstuk 8.3 worden gesprekken weergegeven met praktijkwerkers in enkele orthopedagogische instellingen voor residentiële behandeling van kinderen met ernstige emotionele en/of gedragsproblemen.

In subhoofdstuk 8.4 wordt aan de hand van de evaluatiegesprekken een aantal conclusies geformuleerd over het schema.

### 8.1 Onderzoeksmethode

#### 8.1.1 Overwegingen vooraf

Ter afronding van dit onderzoek is gezocht naar een beoordeling van het behandelingsconcept door praktijkwerkers (vakmensen die in de behandelingspraktijk betrokken zijn bij het planmatig invullen van de behandeling voor ieder kind). Daarbij is niet gestreefd naar een verbetering van het schema door confrontaties met verschillende praktijksituaties. Centraal staat de vraag of het behandelingsconcept door praktijkwerkers in een andere context ook als een ordening van het eigen handelen wordt herkend.

Voor praktijkwerkers die in een soortgelijke behandelingscontext werken wordt deze vraag uitgelegd als een vraag naar de ecologische validiteit: de mate waarin de omgeving, zoals door de proefpersonen in een onderzoek wordt ervaren, inderdaad de kenmerken heeft die door de onderzoeker worden verondersteld (Bronfenbrenner, 1987; 't Hart, Van Dijk, 1991).

In hoofdstuk 2 is gesproken over herkenbaarheid. Voor praktijkwerkers in een andere behandelingscontext zal de vraag toegespitst worden op de toepasbaarheid van het onderzoeksresultaat in de eigen werksituatie. Guba en Lincoln (1988) spraken over generaliseerbaarheid van de onderzoeksresultaten ('fittingness') en vergeleken deze term met een begrip als externe validiteit.

Een beoordeling van het onderzoeksresultaat kan negatief uitvallen zonder dat de theoretische verdienste van het onderzoeksresultaat op zich hierbij een rol speelt (Guba, Lincoln, 1988; Miles, Huberman, 1984). Dit is het geval indien het onderzoeksresultaat verkeerd geïnterpreteerd wordt doordat taalgebruik en abstractieniveau niet aansluiten bij taalgebruik en kennisniveau van de praktijkwerkers in een andere context. Onderzoeksresultaten die strijdig zijn met bestaande machtsverhoudingen of ingaan tegen geaccepteerde mythen kunnen een niet-inhoudelijke afwijzing oproepen.

In de visie van Guba en Lincoln kan een niet-inhoudelijke afwijzing voorkomen worden door de beoordelaars van het eindresultaat tijdens het gehele onderzoek bij de gang van zaken te betrekken. Een tweede mogelijkheid die zij opperden is een beoordeling in verschillende stappen. Weerstand tegen het onderzoeksresultaat kunnen dan in een eerste fase verkend en opgelost worden, zodat die in een volgende ronde geen rol meer spelen. Beide oplossingen kunnen uitgelegd worden als "trainen om gelijk te krijgen". Om deze reden is in dit onderzoek afgezien van de door Guba en Lincoln genoemde maatregelen. Er is gekozen voor een eenmalige beoordeling van het schema.

Bij de evaluatiegesprekken met praktijkwerkers in de oorspronkelijke onderzoekscontext (hoofdstuk 7) bleek dat de gesprekspartners er moeite mee hadden om zelfstandig het schema te koppelen aan behandelingsprocessen. Dit is in die fase van het onderzoek ondervangen door uit te wijken naar  $N = 1$  niveau. De leerkracht gaf een overzicht van het behandelingsproces; de onderzoekster vertaalde dat in termen van het schema; de leerkracht beoordeelde of deze vertaling ook een juiste weergave was van het behandelingsproces. De leerkrachten van de interne school-SKZ waren vanaf het begin betrokken bij het onderzoeksproces. Omdat deze direct betrokkenen moeite hadden met het vertalen van concrete behandelingsprocessen naar het schema en omgekeerd, was het aannemelijk dat praktijkwerkers vanuit een andere context hier ook moeite mee zouden hebben. Om dergelijke begripsproblemen te voorkomen ging de voorkeur in eerste instantie uit naar een beoordeling van het schema op  $N = 1$  niveau. Deze voorkeur voor een bespreking van het schema op  $N = 1$  niveau is versterkt door de ervaringen tijdens de gesprekken met medewerkers van andere klinieken (hoofdstuk 5). In die gesprekken bleek dat het uitwijken naar  $N = 1$  niveau het mogelijk maakt om over de daadwerkelijk behandelingsprocessen te praten en discussies over theoretische uitgangspunten te vermijden.

- In eerste instantie is gezocht naar manieren om het schema te laten beoordelen op  $N = 1$  niveau. Daarmee moet ondervangen worden dat het schema negatief beoordeeld wordt op grond van een te hoog abstractieniveau. Ook zal hiermee de kans groter zijn dat het schema beoordeeld wordt aan de hand van daadwerkelijke behandelingsprocessen in plaats van theoretische uitgangspunten.

*Het circuit van overleg en verslaglegging als basis voor een beoordeling op  $N = 1$  niveau*

Een residentiële instelling voor intensieve behandeling van kinderen met ernstige emotionele en/of gedragsproblemen is bereid gevonden om inzage te geven in de verslagen van een aantal opgenomen kinderen. Er is met behulp van een praktijkwerker binnen de instelling geprobeerd om uit de bestaande verslaglegging af te leiden of het behandelingsproces van vijf kinderen paste binnen het schema. Voor twee van de vijf besproken kinderen was dit mogelijk. Het behandelingsproces van drie van de vijf besproken kinderen kon niet worden ingepast in het schema.

In de desbetreffende instelling speelt behandelingsplanning en evaluatie zich vooral af op het gebied van aanbidding van de leerstof en het hanteren van het pedagogisch klimaat in de klas (kolom A in het schema). Onderdelen van de behandeling die in het schema zijn besproken in kolom B en C, worden summier, onsystematisch of in het geheel niet vermeld. Of er bij de besproken kinderen sprake was van veranderingen, zoals besproken in kolom B en C kan niet afgeleid worden uit de verslaglegging binnen instelling over de kinderen. Zo achtte de praktijkwerker het wel waarschijnlijk dat er in een extra jaar kleuteronderwijs ook veranderingen opgetreden zijn in de relatie tussen kind en leerkracht. Dit is echter geen onderwerp van gerichte interventie of observatie geweest, zodat het uit de verslaglegging niet af te leiden was.

- Het systeem van overleg en verslaglegging dat in de bezochte instelling wordt gehanteerd, is gebaseerd op een eigen theoretisch kader en is daarmee niet bruikbaar voor beoordeling van het behandelingsconcept.

*Directe observatie als basis voor een beoordeling op  $N = 1$  niveau*

Een observator die is ingewerkt in het behandelingsconcept kan geobserveerde (impliciete) beslissingen over de behandeling van kinderen inpassen in het schema. Wanneer deze interpretatie vervolgens wordt voorgelegd aan de praktijkwerkers kunnen deze beoordelen in hoeverre het schema leidt tot een voor hen correcte interpretatie van de werkelijkheid. In dit onderzoek is een dergelijke werkwijze gevolgd in een kinderpsychiatrisch centrum voor dagbehandeling van kinderen met ernstige emotionele en/of gedragsproblemen in Amerika. Uitgangspunten en faciliteiten van de instelling komen overeen met die van de kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek van het Sophia Kinderziekenhuis: intensieve langdurige behandeling in een omgeving gericht op een veilig klimaat en sterke stimulering van de cognitieve ontwikkeling naast

behandeling van de ernstige emotionele en/of gedragsproblemen. Naast het hanteren van ongewenst gedrag en het aanbieden van een schoolse structuur en routine wordt het aanbieden van positieve affectieve relaties met volwassenen als een belangrijk veranderingsmechanisme gezien (Zimet, Farley, 1991).

In de instelling voor dagbehandeling werd gedurende twee dagen in twee verschillende klassen geobserveerd. Met de leerkracht van ieder van die klassen is vervolgens het schema doorgesproken. De aanpak van een aantal geobserveerde kinderen werd in termen van het behandelingsconcept geïnterpreteerd en door de leerkracht als correct herkend. In tweede instantie is het schema gepresenteerd aan het gehele multidisciplinaire team (kinderpsychiaters, leerkrachten, logopedisten en ouderbegeleiders). In deze presentatie zijn zo veel mogelijk voorbeelden verwerkt vanuit de observaties van de dagen daarvoor.

De theoretische verdienste van het schema ('merit' - Guba, Lincoln, 1988) is door de gespreksdeelnemers niet in twijfel getrokken. De diverse disciplines herkenden het schema als een ordening van de eigen behandelingspraktijk. Eén van de psychiaters noemde het schema een ontwikkelingsmodel, waarbinnen de ontwikkeling naar een regelmatige en optimale schoolgang losgekoppeld was van leeftijdsfasen en werd omgezet naar behandelingsfasen.

Over de gebruikswaarde van het schema ('worth' - Guba, Lincoln, 1988) verschilden men in de instelling scherp van mening. De psychiaters beoordeelden het gebruik van een dergelijk schema als overbodig, omdat het bij ieder kind goed lukte om een consensus te bereiken over het behandelingsbeleid. De leerkrachten en logopedisten achtten het schema een bruikbaar instrument om alle disciplines een plek te geven in de behandeling en te kijken in hoeverre de doelen van de diverse disciplines op elkaar waren afgestemd. In tegenstelling tot de psychiaters gaven zij ook aan dat er problemen waren bij het overleg en dat consensus vaak betekende dat de argumenten om een beslissing aan te vechten ontbraken.

- De parallellen met de oorspronkelijke probleemstelling voor het onderzoek (hoofdstuk 3) zijn duidelijk. Het ontbreken van een ordeningsmodel voor behandeling op een ander dan  $N = 1$  niveau kan leiden tot onvoldoende greep op overleg rondom beleidsbeslissingen. Het lijkt aannemelijk dat de psychiaters in deze instelling over een eigen ordeningsmodel ten aanzien van behandeling beschikken. Leerkrachten en logopedisten in deze instelling moeten een dergelijke ordening van buitenaf aangereikt krijgen. Het is een interessante vraag in hoeverre implementatie van het schema in deze instelling zou leiden tot een grotere satisfactie bij leerkrachten en paramedici ten aanzien van de overlegsituatie.

### *Conclusies*

Directe observatie van behandeling blijkt in het kader van dit onderzoek niet

direct bruikbaar als ingang voor evaluatie van het schema. Een aantal bezwaren kan genoemd worden.

Observatie van de directe behandeling kan door instellingen als meer ingrijpend ervaren worden dan een gesprek over het vakgebied. Het is waarschijnlijk minder gemakkelijk om toestemming te krijgen voor een dergelijk intensieve evaluatiemethode. De observatiemethode kost bovendien veel meer tijd dan een gesprek over het vak. Dit kan door de praktijkwerkers verbonden aan de benaderde instellingen als een bezwaar ervaren worden.

De ervaring met deze werkwijze is echter de voornaamste reden geweest om van directe observatie af te zien als basis voor de evaluatie. In de instelling waar dit is uitgetoet, leidde de evaluatie tot intensieve discussies tussen de diverse teamleden over de te volgen aanpak. De evaluatie kreeg daarmee het karakter van een interventie in de organisatie. Een dergelijke interventie kan informatie opleveren over het effect van het hanteren van een behandelingsconcept voor de organisatie. In dit stadium van het onderzoek is die onderzoeksvraag echter niet aan de orde. Evenals in eerdere fasen van het onderzoek (hoofdstuk 3) is afgezien van een directe ingreep in de werkelijkheid als onderdeel van het onderzoek.

### *8.1.2 Opzet van de evaluatiegesprekken*

#### *Inhoud van de gesprekken*

Bij alle verdere beoordelingsgesprekken is het schema niet besproken op N = 1 niveau (in termen van daadwerkelijke behandelingsprocessen). Om te voorkomen dat een beoordeling belemmerd wordt door een niet bekend taalgebruik of door een te hoog abstractieniveau (Guba, Lincoln, 1988; Miles, Huberman, 1984) is in alle gevallen gekozen voor een korte presentatie van het schema. De gesprekspartners hadden de mogelijkheid de presentatie te onderbreken teneinde om uitleg of toelichting te vragen.

Het gesprek is toegespitst op de vraag of aspecten van het schema te herkennen zijn in de manier van werken van de desbetreffende instelling. Wanneer de gesprekspartners aangaven dat er overeenkomsten bestaan is gevraagd om dit toe te lichten aan de hand van praktijkvoorbeelden. De beoordeling gebeurde vanuit drie verschillende invalshoeken. Twee invalshoeken, strategieën van behandeling en domeinen van beïnvloeding vloeiden logisch voort uit het schema. De derde invalshoek, het aannamebeleid van de instelling, is gekozen, omdat bij de gesprekken met kinderpsychiatrische klinieken (hoofdstuk 5) bleek dat het aannamebeleid van de instelling rechtstreeks gekoppeld is aan het behandelingsconcept dat in de instelling gehanteerd wordt.

De samenvatting die achteraf van de antwoorden is gemaakt, is voor akkoord naar de gespreksdeelnemers opgestuurd. De medewerkers van één instelling concludeerden dat het schema niet geschikt was om hun aanpak te beschrijven. Zij konden niet akkoord gaan met de samenvatting. Hun reacties

op het schema komen wel in grote lijnen overeen met de reacties van de andere instellingen. De gesprekspartners in de andere instellingen gingen wel akkoord met het commentaar op het schema zoals dat in de samenvattingen was vastgelegd, nadat enkele kleine correcties waren uitgevoerd. De goedgekeurde samenvattingen vormen de basis voor dit hoofdstuk.

### *8.1.3 Selectie van de gesprekspartners*

In een eerder stadium van het onderzoek waren contrasten in de manier van werken van de verschillende klinieken zinvol voor de formulering van het onderzoeksresultaat. Bij de beoordeling van het onderzoeksresultaat kunnen dezelfde contrasten een verwarrende rol spelen. Bij een evaluatiegesprek is de vraag aan de orde of praktijkwerkers elementen van het behandelingsconcept in de eigen praktijksituatie kunnen herkennen. Wanneer in de instelling en de daaraan gekoppelde onderwijsopvang elementen uit het schema worden buitengesloten door de keuze voor een bepaalde doelgroep en door de gekozen organisatievorm is een negatief antwoord correct. Voor het onderzoek is een dergelijk negatief antwoord een signaal voor verschil in behandelingscontext, niet voor afwijzing van het onderzoeksresultaat.

Om verwarring hierover te vermijden is de evaluatie in twee stappen opgedeeld. Het schema is voorgelegd aan medewerkers van enkele kinder- en jeugdpsychiatrische klinieken die qua behandelingscontext duidelijk overeenkomen met de context waarin het schema ontwikkeld is. Daarnaast is een aantal gesprekken gevoerd met medewerkers van instellingen die tot nu toe niet bij het onderzoek betrokken waren. De onderzoekster bezat dus op het moment van gesprek dus ook geen voorkennis wat betreft de manier waarop in deze instellingen het schools leren binnen het kader van de residentiële behandeling was georganiseerd.

Voor de beoordeling van het schema vanuit een overeenkomstige behandelingscontext is een aantal kinder- en jeugdpsychiatrische klinieken geselecteerd aan de hand van de volgende criteria:

- de instelling moet een opbouwfase hanteren in het schoolbezoek;
- de instelling moet ervaring hebben met plaatsing van de kinderen op een externe school als onderdeel van de residentiële behandeling.

Het eerste criterium, een opbouwfase, is van belang omdat vanuit de gesprekken met kinderpsychiatrische klinieken (hoofdstuk 5) aannemelijk lijkt dat klinieken zonder duidelijk opbouwfase een andere doelgroep behandelen dan de doelgroep waarbij het schema ontwikkeld is. Het tweede criterium, plaatsing op een externe school als onderdeel van de behandeling, is van belang omdat in die situatie beslissingsprocessen over het hanteren van verschillende strategieën het meest expliciet verlopen.

Acht klinieken (uit de oorspronkelijke groep van vijftien kinder- en jeugdpsychiatrische klinieken) hanteren een duidelijke opbouwfase. In drie van deze



acht klinieken worden alle kinderen gedurende de hele behandeling op de kliniekschool gehandhaafd. Twee klinieken hanteren in theorie de mogelijkheid om al tijdens de residentiële behandeling het kind op een externe school te plaatsen, maar in de praktijk komt dit bijna nooit voor. In één kliniek moest nog ervaring opgedaan worden met het hanteren van een aparte opbouwfase en met ambulante begeleiding van externe schoolplaatsingen.

De resterende twee klinieken voldoen aan de twee zojuist genoemde criteria: een grote kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek verbonden aan een academisch ziekenhuis en een kleinere kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek verbonden aan een algemeen psychiatrisch ziekenhuis. De medewerkers van beide klinieken die in een eerder stadium aan het onderzoek hadden meegewerkt, zijn benaderd voor een beoordeling van het onderzoeksresultaat. In beide klinieken is sprake van een interne onderwijsafdeling in plaats van van een school voor speciaal onderwijs. In beide klinieken spreekt men van educatieve therapie en niet van onderwijs.

Vier orthopedagogische instellingen met een landelijke opvangfunctie voor basisschoolkinderen zijn benaderd. Medewerkers van deze instellingen waren bereid mee te werken aan een gesprek. De bezochte instellingen waren in een eerder stadium niet betrokken bij het onderzoek. Tussen deze instellingen en de kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek van het Sophia Kinderziekenhuis bestond geen vaste werkrelatie. Het betreft een pedologisch instituut, twee medisch kindertehuizen en een landelijke instelling voor residentiële jeugdhulpverlening.

Er zijn geen criteria voorhanden waaraan afgemeten kan worden of en in hoeverre deze instellingen representatief zijn voor alle orthopedagogische instellingen voor intensieve behandeling van emotionele en/of gedragsproblemen. Dit betekent dat de gesprekken alleen informatie opleveren over het behandelingsconcept in een aantal praktijksituaties. Er kunnen geen algemene conclusies getrokken worden over de waarde van het behandelingsconcept voor andere of alle orthopedagogische instellingen.

## **8.2 Beoordeling van het schema vanuit een overeenkomstige behandelingscontext**

Beide kinder- en jeugdpsychiatrische klinieken hebben in een eerder stadium van het onderzoek meegewerkt aan het onderzoek (de gesprekken met andere klinieken en kliniekscholen, zoals weergegeven in hoofdstuk 5). Dat maakte het mogelijk om voorafgaand aan het gesprek de beschrijving die door de beide klinieken gegeven is van educatieve therapie te vergelijken met het schema.

Voor beide klinieken geldt dat in het eerste gesprek geen onderscheid gemaakt is tussen strategieën als ondervangen, behandelen en aanpassen aan een externe school. Geen van beide klinieken noemde in het eerste gesprek

alle drie de domeinen van beïnvloeding. In één kliniek is in het eerste gesprek sterk de nadruk gelegd op het persoonlijke veranderingsproces van het kind. In de tweede kliniek werd het vestigen van een neutrale leerkracht-leerlingrelatie als meest essentieel ervaren. In beide klinieken werd de indicatie voor educatieve therapie (in plaats van voor basis- of speciaal onderwijs) negatief geformuleerd "Het kind is nergens anders te plaatsen".

- Het schema is uitgebreider en meer systematisch dan de beschrijving van educatieve therapie die door de beide klinieken in een eerder stadium gegeven is. Herkenning van het schema als een volledige en consistente beschrijving van de werksituatie zal daarom de aanname ondersteunen dat het schema behandelingsprocessen expliciteert die zich afspelen bij educatieve therapie.

### *De behandelingsstrategieën*

De gesprekspartners in beide instellingen herkenden de strategieën die in het schema beschreven worden in de eigen werksituatie. In de dagelijkse praktijk verloopt het beïnvloedingsproces echter minder expliciet dan in het schema wordt aangegeven. Strategieën worden vaak niet van te voren scherp van elkaar onderscheiden; wisselingen van strategie worden achteraf herkend. Medewerkers van één van beide klinieken gaven aan dat met name het toepassen van een aparte afbouwstrategie minder expliciet verloopt dan in het schema wordt aangegeven. Het werd door de gesprekspartners als wenselijk beoordeeld een dergelijke fase in de toekomst duidelijker te gaan onderscheiden. Zij veronderstelden dat dit tot op dat moment niet gebeurde omdat externe schoolplaatsing afhankelijk is van externe instanties en niet-inhoudelijke factoren zoals wachtlijsten. Dergelijke factoren staan intern een puur inhoudelijk beslissingsproces in de weg.

In één van beide klinieken zijn de beschreven strategieën gekoppeld aan verschillende medewerkers. Bij de leerkracht in de groepssituatie is vooral sprake van ondervanging. Bij de individuele therapieën komt het gerichte veranderingsproces veel meer aan bod.

Vanuit één van beide klinieken is aangegeven aan dat een planmatige afwisseling van strategieën eigenlijk alleen voorkomt bij kinderen in de basisschoolleeftijd. Voor de oudere kinderen geldt vaak dat er niet meer gezocht wordt naar aansluiting bij een externe school. De interne school kan voor die groep jeugdigen een tweetal functies hebben: oriëntatie op de buitenwereld (omgaan met geld, leren reizen, enzovoorts) of structurering van de dag. Over langere tijd wordt volstaan met het ondervangen van de onmogelijkheden van de jeugdige, zodat deze met enig plezier kan functioneren op de interne school. In termen van het behandelingsconcept: er wordt gewerkt met de eerste strategie. Afwisseling van strategieën is alleen aan de orde bij die groep kinderen voor wie binnen de schoolse context verandering nagestreefd wordt.

### *De domeinen van beïnvloeding*

De medewerkers van beide klinieken onderschrijven dat de drie domeinen van beïnvloeding die in het schema beschreven worden een rol spelen in het behandelingsproces van het kind op school. Met name bij de leerkrachten komen de drie domeinen van beïnvloeding niet systematisch aan bod tijdens de behandelingsplanning. De groepsleerkrachten functioneren veel meer vanuit een standaardmodel dat voor de kinderen herkenbaar en voorspelbaar is. Het aanbieden van een onderwijs-leersituatie waarin het kind zich veilig voelt en succes ervaart staat centraal. Planmatig handelen van de leerkracht speelt zich vooral af binnen de eerste kolom.

Het gesprek met het kind (derde kolom) is in één kliniek vooral de verantwoordelijkheid van de individuele therapeuten. In de tweede kliniek worden de ouders hierbij intensief betrokken.

### *Indicaties voor educatieve therapie*

De gesprekspartners in één van beide klinieken konden aan de hand van het schema duidelijk formuleren welke kinderen op de nabijgelegen school voor speciaal onderwijs geplaatst worden in plaats van op de interne afdeling educatieve therapie. De kinderen die naar de school voor speciaal onderwijs gaan hebben een specialistische benadering nodig bij de aanbieding van de leerstof. Zij zijn echter wel in staat om een leerkracht-leerlingrelatie aan te gaan en ze kunnen ook taakgericht functioneren. Bij de kinderen die naar de school voor speciaal onderwijs gaan is duidelijk op welke manier de emotionele en/of gedragsproblemen het functioneren op school beïnvloeden. De tweede kliniek bevestigde dit en benadrukte dat ook kinderen waarbij de diagnostische procedure voorafgaand aan de opname onvoldoende duidelijkheid heeft gegeven naar de afdeling educatieve therapie gaan. Proefondervindelijk moet in een schoolse context blijken in hoeverre deze kinderen te veranderen zijn.

Voor beide klinieken geldt dat kinderen waarbij een eerste voorwaardelijke fase noodzakelijk is altijd de afdeling educatieve therapie bezoeken.

### *Conclusie*

De gesprekspartners herkenden het schema als een correcte weergave van het handelen in de praktijk. Zij gaven daarbij aan dat de diverse stappen meer systematisch toegepast zouden kunnen worden.

- De theoretische verdienste van het onderzoeksresultaat wordt door deze oorspronkelijke onderzoeksdeelnemers als goed beoordeeld. Beoordeling van het onderzoeksresultaat door medewerkers van kinderpsychiatrische klinieken en kliniekscholen met een afwijkende organisatiestructuur zou een intensiever proces zijn, omdat dan verschillen in visie en organisatorische mogelijkheden ook een rol gaan spelen. Binnen dit onderzoek is deze vraag blijven liggen.

### 8.3 Beoordeling van het schema vanuit een andersoortige behandelingscontext

#### *De behandelingsstrategieën*

De drie verschillende strategieën (accent op ondervangen / veranderen / afbouwen) worden door de drie instellingen herkend, maar niet altijd expliciet van elkaar onderscheiden.

In één instelling zijn de drie verschillende aanpakken terug te vinden in het karakter van de verschillende klassegroepen. Er kan onderwijs op maat gecreëerd worden door het kind in een bepaalde groep te plaatsen. Wisselingen aan het eind van het schooljaar of desnoods tussendoor worden gebruikt voor veranderend beleid.

In een tweede instelling wordt ernaar gestreefd om het groeiproces van het kind (en daarmee de noodzaak van het toepassen van een andere strategie) te herkennen in het kindgericht overleg. De leerkracht moet dan in staat zijn om via een eigen attitudeverandering het kind een andere behandelingsstrategie aan te bieden. De medewerkers vinden dat de leerkracht daarbij terug moet kunnen vallen op begeleiding vanuit het multidisciplinair team en stellen dat daarvoor onvoldoende faciliteiten aanwezig zijn.

Medewerkers van de derde instelling herkennen de verschillende strategieën en bevestigen dat die op verschillende momenten in het behandelingsproces aan de orde komen. Wisseling van strategie vormt echter geen onderdeel van het planmatig handelen, maar is het resultaat van een spontaan proces tussen kind en leerkracht.

Bij de drie meewerkende instellingen werden de verschillende behandelingsstrategieën gekoppeld aan een bepaalde leeftijdsgroep of aan onderbouw, middenbouw of bovenbouw van de school.

In de kleuterperiode wordt minimale taakgerichtheid op de interne school geaccepteerd en is dat een behandelingsdoel in de klas. In één instelling wordt schoolvoorwaardelijk gedrag bij jonge kinderen door school en leefgroep samen opgebouwd. In deze instelling is ook sprake van een voorschoolse periode (kinderen die nog uitsluitend in de leefgroep functioneren) en van een geleidelijke opbouw van de frequentie van schoolbezoek. In de andere twee instellingen is taakgericht gedrag in de leefgroep geen punt van aandacht. Wanneer het werken aan opdrachten past in de gezinsachtige activiteiten van de leefgroep, wordt dit niet uit de weg gegaan en kan school er van mee profiteren. De opbouw van taakgericht gedrag is in deze twee instellingen de volledige verantwoordelijkheid van het schoolmilieu.

Wanneer er bij kinderen vanaf groep 3 sprake blijkt te zijn van een minimale taakgerichtheid moeten er ad hoc maatregelen worden bedacht of wordt het kind alsnog verwezen naar een ander, meer intensief behandelingsmilieu (meestal een kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek). Wanneer de beperkte taakgerichtheid slechts bij een bepaald vak een rol speelt, kan er vaak voor een in tijdsduur beperkte periode een individuele leersituatie bij de

remedial teacher worden geschapen. In alle drie de instellingen geldt dat niet-kleuters in staat moeten zijn om met een grote regelmaat naar school te gaan en binnen de klassegroep te functioneren zonder ernstige verstoringen. Een kind dat aan deze voorwaarden voldoet, kan lange tijd worden opgevangen op school zonder dat er sprake is van daadwerkelijke leervorderingen.

In één school wordt een aparte afbouwfase gehanteerd voor de groep schoolverlaters. Op deze school is het gewoonte dat alle kinderen na groep 8 naar een school gaan waar zij minder beschermd en gestructureerd worden. In de andere scholen valt het vertrek van school meestal samen met ontslag uit de residentiële instelling. Het kind wordt niet apart voorbereid op de plaatsing op een nieuwe school. Men constateert wel dat het vaak moeilijk is om een school te vinden die net zoveel bescherming biedt.

- De verschillende strategieën zijn door de meewerkende instellingen als aparte manieren van beïnvloeding herkend. Gericht gebruik maken van deze verschillende manieren van werken komt alleen voor wanneer strategie en leeftijdsfase op een vrij natuurlijke manier aan elkaar gekoppeld zijn (kleuters hoeven nog niet-taakgericht te zijn, kinderen in groep 8 kennen een afbouwfase).

### *De domeinen van beïnvloeding*

Bij de drie meewerkende instellingen wordt planmatig gewerkt ten aanzien van de leerstof. Meestal is er een leerniveau en een tempo voor de klassegroep vastgelegd. Een volstrekt geïndividualiseerd leerproces zoals in het schema beschreven wordt is in geen van de scholen, verbonden aan de drie orthopedagogische instellingen, haalbaar. Er zijn wel niveaugroepen gemaakt van acht kinderen. Binnen zo'n niveaugroep kan er ruimte gemaakt worden om vijf minuten individueel met een kind bezig te zijn.

Uitgangspunt bij het aanbieden van leerstof is steeds dat het kind didactisch niet overvraagd mag worden. Structureren van buitenaf (ondervangen van de onmogelijkheden van het kind) kan daarbij een grote rol spelen. Als het kind niet profiteert van het onderwijsaanbod, levert dit geen negatieve consequenties op. Het belang van didactische vorderingen wordt ondergeschikt geacht aan de behandeling van de emotionele en/of gedragsproblemen en de sociale groei. Deze uitgangspunten worden door de medewerkers van alle bezochte instellingen onderschreven.

- Een volledig op het individu toegesneden leerproces is bij geen van de bezochte instellingen mogelijk. De afweging van het belang van didactische vorderingen ten opzichte van emotionele en/of sociale groei valt bij de drie instellingen uit ten gunste van het laatste.

Voor de bezochte instellingen vormt de opbouw van een relatie tussen kind en leerkracht op de interne school de kern van de aanpak. Van alle opgenomen kinderen wordt verwacht dat ze een persoonlijke en affectieve relatie kunnen

aangaan met een volwassene in een tweede milieu. De medewerkers van de scholen, verbonden aan de drie orthopedagogische instituten, zien hun leerkrachten ook als gespecialiseerd in het opbouwen van een dergelijke relatie met kinderen met ernstige emotionele en/of gedragsproblemen en noemen dit een belangrijk verschil met het LOM-onderwijs.

Een fase waarin de relatieopbouw op school afhankelijk is van/opgebouwd wordt in samenwerking met therapie en leefgroep, ontbreekt bij de bezochte instellingen. In meerdere of mindere mate moeten alle opgenomen kinderen twee verschillende milieus naast elkaar kunnen hanteren.

- Het veranderingsproces, zoals beschreven in het schema, waarbij kinderen stap voor stap en via cognitieve ordening leren functioneren in een leerkracht-leerlingrelatie, ontbreekt bij de bezochte instellingen.

De medewerkers van de drie meewerkende orthopedagogische instellingen herkenden dat de houding van het kind ten opzichte van schools leren op verschillende niveaus van complexiteit benaderd kan worden, maar dit wordt niet bewust gehanteerd. Interacties met het kind over diens functioneren op school en over diens emotionele en/of gedragsproblemen worden niet scherp onderscheiden van de relatievorming tussen kind en leerkracht. Hoe het kind schoolgang en schools presteren beleeft en in hoeverre hij greep heeft op zijn eigen gedrag in de schoolse context, is geen onderwerp waar bij de handelingsplanning expliciet naar gekeken wordt.

Dit betekent niet dat de aanpak op school strijdig is met de aanpak in de leefgroep. Er worden vaak duidelijke afspraken gemaakt over de rol die de algemene problematiek van het kind op school mag spelen en in welke mate de leerkracht hier al dan niet op in mag gaan.

- Gerichte en planmatige beïnvloeding van de houding van het kind ten opzichte van schools leren vindt in de bezochte instellingen niet plaats. Men is van mening en men heeft ook de ervaring dat een positieve verandering hierin vanzelf optreedt wanneer er sprake is van succeservaringen binnen een goede leerkracht-leerlingrelatie.

De medewerkers van de diverse instellingen verschillen van mening over het belang van het contact tussen kinderen onderling als veranderingsmechanisme. De betrokken instellingen gaven aan dat ze waar dit mogelijk is de contacten tussen de kinderen onderling proberen te gebruiken voor positieve veranderingen. De behoefte om erbij te horen kan een reden zijn waarom een kind aan het werk gaat of probeert om zich aan omgangsregels te houden. Op school kan contact tussen kinderen echter ook van tevoren gestructureerd of vermeden worden. Dit past bij de keuze in dit onderzoek om deze factor buiten het schema en buiten de handelingsplanning te houden.

### *Indicaties voor plaatsing in de meewerkende orthopedagogische instellingen*

In de gevoerde gesprekken kwam ter sprake dat kinderen, bij wie voor lange tijd waarschijnlijk geen of beperkt schoolbezoek mogelijk zal zijn, niet worden opgenomen. Men noemde dat deze opnamebeperking vooral geldt voor kinderen met een pervasieve ontwikkelingsstoornis en voor kinderen bij wie basale hechtingsmechanismen nauwelijks op gang gekomen zijn.

Binnen de drie instellingen bestaat consensus over drie kenmerken van hun doelgroep. Het kind moet het allereerst kunnen verdragen om hele dagen naar school te gaan (voor kleuters kan hierop een uitzondering gemaakt worden). Het kind moet bovendien kunnen profiteren van het gestructureerde milieu dat aan een groep van acht tot dertien kinderen wordt aangeboden (individuele instructie voor een bepaald vak is mogelijk). De band tussen leerkracht en leerling wordt gezien als het belangrijkste instrument in het veranderingsproces: "Kinderen die daar niet aan voldoen, horen thuis in de kinderpsychiatrie". Een langdurige zoekfase, waarin door de interne school en andere onderdelen van het behandelingsmilieu gezocht wordt naar manieren om de individuele problemen van een kind te ondervangen, werd door alle gesprekspartners onhaalbaar geacht binnen de eigen instelling.

Het schema is naar de mening van de betrokken instellingen geschikt om intensieve individuele veranderingsprocessen te beschrijven. De toepasbaarheid binnen de behandelingscontext van de bezochte orthopedagogische instituten wordt beperkt geacht.

### *Conclusie*

- De reacties van de gesprekspartners uit enkele orthopedagogische instellingen en de daaraan gekoppelde schoolse opvang op het behandelingsconcept kunnen als volgt worden samengevat: de juistheid van het schema en de wenselijkheid van een dergelijk veranderingsproces worden onderschreven. De theoretische verdienste van het onderzoeksresultaat is als goed beoordeeld.
- Vanuit de bezochte instellingen wordt de context van waaruit zij behandelen als duidelijk afwijkend beoordeeld van de context waarin het schema ontwikkeld is. Men beoordeelt de problematiek van kinderen die een dergelijk behandelingsproces nodig hebben als te ernstig voor een residentieel behandelingsmilieu waar school een separaat aspect van het dagelijks leven is.
- Het schema wordt beperkt toepasbaar geacht binnen de eigen orthopedagogische behandelingscontext. Daarbij spelen inhoudelijke en organisatorische argumenten een rol:
  - door de gesprekspartners is de vraag opgeworpen of er bij een dergelijk intensief en puur individueel behandelingsproces nog wel sprake was van onderwijs of van orthopedagogische hulpverlening;

- de faciliteiten op de scholen die verbonden zijn aan de orthopedagogische instellingen zijn onvoldoende op een dergelijk intensief behandelingsproces systematisch en planmatig op te zetten.

## 8.4 Het onderzoeksproces

De verschillen in waardering ("het klopt precies, maar je hebt er niets aan") zijn tijdens de evaluatiegesprekken en bij het samenvatten van de gesprekken verklaard vanuit een wisselend evaluatieperspectief. Wanneer de theoretische verdienste van het behandelingsconcept aan de orde is valt de waardering positief uit. Wanneer naar de praktische bruikbaarheid wordt gevraagd is de waardering negatief.

Een verschil in organisatorische mogelijkheden is dan bepalend voor de negatieve uitspraken over de bruikbaarheid van het schema. Dit verklaart waarom de medewerkers van de kinderpsychiatrische klinieken wel positief oordeelden over de gebruikswaarde van het schema. Bij deze afdelingen is evenals bij de interne school-SKZ sprake van:

- langdurige behandeling;
- afgestemd op en in samenspraak met leefgroep en therapie;
- met een opbouwprogramma en plaatsing op een externe school nog tijdens de residentiële behandeling;
- mogelijkheden voor onderwijs in een één-op-één situatie;
- een maximale groepsgrootte van vier of vijf kinderen.

Deze mogelijkheden zijn op de scholen verbonden aan de bezochte orthopedagogische instellingen niet allemaal aanwezig.

In dit onderzoek is echter steeds uitgegaan van de aanname dat een organisatievorm ook achterliggende denkmodellen weerspiegelt. Dit wordt onderstreept door het feit dat de medewerkers uit de orthopedagogische instellingen naast organisatorische beperkingen ook inhoudelijke bezwaren aanvoerden. Het eigen karakter van het speciaal onderwijs zou aangetast worden door een planmatige aanpak zoals beschreven in het schema. Deze inhoudelijke bezwaren krijgen extra gewicht, omdat ook vanuit een aantal kliniekscholen verbonden aan kinder- en jeugdpsychiatrische klinieken dergelijke bezwaren zijn geformuleerd tegen de manier van werken op de interne school-SKZ (hoofdstuk 5). Daarom is nagegaan welke fundamentele tegenstelling een verklaring vormt voor de afwijzing van het behandelingsconcept voor de eigen behandelingscontext, terwijl tegelijkertijd wordt aangegeven dat de processen die in het schema beschreven worden zich wel afspelen.

Achteraf kan gesteld worden dat de beschrijving van een behandelingsconcept steeds meer de beschrijving van verschillende strategieën is geworden. Dat inzicht is het meest concreet duidelijk gemaakt in hoofdstuk 7. Daar is geconstateerd dat in het schema geen fasen van behandeling worden weergegeven, maar verschillende strategieën die door de behandelaars worden gebruikt. Dit inzicht was relatief nieuw toen de evaluatiegesprekken werden



gevoerd en is alleen terloops en niet als expliciet discussie punt ter sprake gekomen. Een scherp onderscheid tussen procesbeschrijving en strategiebeschrijving verheldert achteraf wel de tegenstelling die tijdens de verschillende evaluatiegesprekken ter sprake kwam.

Een proces is datgene wat zich daadwerkelijk afspeelt in de behandelingscontext. Dit is een multicausaal en complex gebeuren dat zich indirect laat meten via behandelingseffecten bij het kind.

Een strategie is dan een bewuste intentie om over langere tijd een groot aantal situaties gericht te beïnvloeden. Een strategie moet worden afgeleid uit het handelen van de hulpverlener.

- Achteraf kan het verschil in beoordeling ook verklaard worden door te stellen dat het schema geaccepteerd wordt als een procesbeschrijving ("dat is wat er gebeurt ..."), maar niet als een strategiebeschrijving ("maar we werken niet zo").

Wanneer een procesbeschrijving gekozen wordt als denkmodel vloeit daar een behandelingsconcept uit voort dat zich als volgt laat samenvatten. Het kind wordt in een kleine groep geplaatst met een afgestemd pedagogisch en didactisch klimaat. Binnen dit klimaat krijgt het kind de kans om zich (alsnog) te ontwikkelen in een schoolse context. Het behandelingsconcept van de drie scholen verbonden aan de drie orthopedagogische instellingen en van een aantal kliniekscholen gekoppeld aan een kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek kan achteraf prima worden ondergebracht onder deze noemer.

De keuze voor een strategiebeschrijving als denkmodel brengt met zich mee dat het handelen van de hulpverlener systematisch en planmatig wordt afgestemd op het veranderende kind. Via een aantal domeinen van beïnvloeding wordt nagegaan in hoeverre het kind te veranderen is. Het laatste denkmodel zal noodzakelijk zijn bij kinderen waarbij diagnostische informatie onvoldoende uitsluitsel geeft over de te plegen interventies. Om de strategieën goed te kunnen verwezenlijken in de praktijk moet de organisatie een intensieve samenwerkingsrelatie bieden tussen school en andere disciplines in het residentieel behandelingsmilieu en moet een gefaseerde opbouw van schoolbezoek mogelijk zijn. Het behandelingsconcept van de twee kinder- en jeugdpsychiatrische klinieken waarmee de evaluatiegesprekken zijn gevoerd is achteraf onder deze noemer onder te brengen.

- In de loop van het onderzoek is een behandelingsconcept geformuleerd dat gekoppeld is aan een bepaalde doelgroep en een specifieke organisatie vorm. Educatieve therapie is een specifieke voorziening met een eigen identiteit en wordt in verschillende instellingen voor residentiële behandeling van kinderen met ernstige emotionele en/of gedragsproblemen meer of minder expliciet aangeboden. Het behandelingsconcept van educatieve therapie zal in hoofdstuk 9 worden samengevat.

## 9 Educatieve therapie

In hoofdstuk 3 tot en met 7 is verslag gedaan van de ontwikkeling van een schema waarin het behandelingsconcept van de interne school-SKZ wordt samengevat. In hoofdstuk 8 is aannemelijk gemaakt dat het behandelingsconcept een bredere geldigheid heeft dan alleen voor de interne school-SKZ. Daarmee wordt het mogelijk om educatieve therapie te beschrijven als een apart vakgebied. Hoofdstuk 9 is gewijd aan de beschrijving van dat vakgebied. In hoofdstuk 10 wordt het onderzoek naar educatieve therapie in de bredere context van hulpverlening en speciaal onderwijs geplaatst.

In subhoofdstuk 9.1 wordt het conceptuele kader van educatieve therapie uitgewerkt. Behandelingsstrategieën en domeinen van beïnvloeding in de schoolse context worden beschreven op een abstract niveau.

In subhoofdstuk 9.2 wordt uitgewerkt op welke manier het conceptuele kader richting geeft aan het handelen in de schoolse context. Dit wordt geïllustreerd aan de hand van voorbeelden uit de behandelingscontext van de interne school-SKZ.

In subhoofdstuk 9.3 komt de organisatorische context ter sprake waarbinnen educatieve therapie zich afspeelt.

### 9.1 Conceptueel kader

Educatieve therapie is een systematische uitwerking van behandeling in een schoolse context als onderdeel van een bredere (semi-)residentiële behandeling van kinderen met ernstige emotionele en/of gedragsproblemen. In de loop van het onderzoek is een drietal keuzen expliciet gemaakt dat bepalend is voor de organisatievorm en inrichting van de schoolse context bij educatieve therapie. Deze keuzen zullen kort worden toegelicht.

Het model waarbij schoolbezoek in de (semi-)residentiële instelling gezien wordt als een verlenging van het dagelijkse therapeutische leefmilieu in de klas is niet van toepassing. Educatieve therapie ordent dat onderdeel van het bredere behandelingsmilieu waarbinnen het aanleren van (voorwaarden voor) schoolse kennis en vaardigheden centraal staat. Educatieve therapie heeft daarmee een eigen toegespitste doelstelling en een eigen specifieke deskundigheid binnen het totaal van de (semi-)residentiële behandeling.

Aan de schoolse context wordt zoveel mogelijk vorm gegeven vanuit een planmatige afwisseling van strategieën. Vanuit een expliciete kennis van verschillende strategieën wordt het mogelijk om de keuze te maken voor een specifieke vorm van gerichte beïnvloeding van het veranderingsproces van het kind. In het veranderingsproces van een kind zullen ook altijd spontane processen en intuïtieve interventies een rol spelen. Expliciete kennis van verschillende strategieën maakt het echter mogelijk om achteraf veranderingen in de opstelling van de leerkracht te herkennen en de wenselijkheid daarvan vast te stellen.

De strategieën waarover educatieve therapie beschikt worden niet alleen toegepast op de inrichting van de onderwijs-leersituatie. Het planmatig handelen wordt uitgebreid naar domeinen van beïnvloeding die doorgaans onder psychotherapeutische interventiemethoden vallen (Kazdin, 1988). De specifieke deskundigheid van de leerkracht wordt analoog hieraan uitgebreid met die van andere deskundigen. Evenals leefgroepmedewerkers moeten leerkrachten kunnen terugvallen op deskundigen die in staat zijn om diagnostische kennis over het kind te combineren met kennis over interventiemethoden binnen de specifieke context.

Strategieën en domeinen van beïnvloeding vormen tezamen het conceptuele kader van educatieve therapie.

### *9.1.1 Strategieën*

#### *Eerste strategie:*

##### *Situatie scheppen waarin het kind taakgericht functioneert*

Een inhoudelijke confrontatie met schoolse kennis en vaardigheden vooronderstelt dat het kind taakgericht wil en kan functioneren in een schoolse context. Bij een aantal kinderen met ernstige emotionele en/of gedragsproblemen is hiervoor een aparte periode van behandeling in een schoolse context noodzakelijk.

Om een gerichte beïnvloeding van het taakgericht functioneren mogelijk te maken wordt geprobeerd om alle factoren die mogelijk interfereren met taakgericht gedrag te ondervangen. Er wordt gezocht naar een opdrachtsituatie die het kind succesvol kan afronden zolang hij zich taakgericht gedraagt. Mislukking mag niet veroorzaakt worden door een verkeerde inschatting van de mogelijkheden van het kind. Dit vraagt een nauwkeurige inschatting van alle mogelijkheden en beperkingen van het kind, niet alleen van het didactische niveau.

Verblijf in de schoolse context is expliciet gekoppeld aan taakgericht gedrag. Het kind verblijft alleen dan in de schoolse context als er taakgericht gedrag van hem gevraagd kan worden. Wanneer het kind er niet in slaagt om taakgericht te functioneren wordt het verblijf in de schoolse context afgebroken.

### *Tweede strategie:*

#### *Interventies gericht op het veranderen van het kind*

Binnen de tweede strategie wordt geprobeerd om het veranderingsproces dat nagestreefd wordt met betrekking tot het kind toe te spitsen op de schoolse context. In een schoolse context die maximaal is aangepast aan het kind moet duidelijk worden in hoeverre kindkenmerken te veranderen zijn.

Verschillende veranderingsmechanismen spelen binnen de tweede strategie een rol. De optimale aanpassing aan de mogelijkheden en beperkingen van het kind zal op zich een effect op het functioneren van het kind hebben. Binnen de schoolse context zal daardoor ruimte ontstaan voor specifieke interventies. De behandeling in de individuerichte therapieën en de leefgroepbehandeling zullen tegelijkertijd van invloed zijn op het functioneren van het kind. Wanneer effecten in deze milieus geconstateerd worden, ligt meteen de vraag open of en op welke manier deze effecten doorvertaald kunnen worden naar de schoolse context.

### *Derde strategie:*

#### *Aansluiting zoeken bij een externe school*

Goed functioneren binnen een specifieke en daarmee beschermende schoolse context is niet voldoende. Het is belangrijk dat het kind op een school voor basis- of speciaal onderwijs gaat functioneren die recht doet aan de potenties van het kind. Daarom wordt er naar gestreefd om plaatsing op een externe school zo spoedig mogelijk en nog tijdens de opname in de (semi-)residentiële instelling te laten plaatsvinden. Om een plaatsing op een externe school zo succesvol mogelijk te laten verlopen is een verandering van strategie noodzakelijk. Het veranderingsproces is dan niet langer overwegend gericht op het ontwikkelen van potenties bij het kind, maar ook op aanpassing aan gedragsnormen en leerniveaus die binnen de beoogde vorm van onderwijs gehanteerd worden.

Verschillende aspecten kunnen belangrijk zijn voor een succesvolle plaatsing op een externe school. Bij het kind is nog steeds sprake van ernstige emotionele en/of gedragsproblemen, waarvoor opname in de (semi-)residentiële instelling noodzakelijk blijft. De opgenomen kinderen moeten desondanks in staat zijn om heftige reacties en emotionele problemen die tijdens het verblijf op school optreden te bewaren voor en te bespreken in leefgroep en therapie. Voor een gedeelte van de opgenomen kinderen geldt bovendien dat ze in de inmiddels veilige interne school intensief moeten oefenen om zo goed mogelijk te kunnen voldoen aan de nieuwe eisen die aan hen gesteld zullen worden op een externe school.

### *9.1.2 Domeinen van beïnvloeding*

#### *Schoolse opdrachten*

Niveau en inhoud van de aangeboden leerstof en de manier van aanbieden zijn

een vanzelfsprekend onderdeel van de behandelingsplanning. Voor deze behandelingsplanning is een overzicht noodzakelijk van het niveau waarop het kind schoolse kennis en vaardigheden beheerst. Van daaruit kunnen nieuwe leerdoelen geformuleerd worden voor het kind. De manier waarop de leerstof wordt aangeboden is ook onderdeel van de behandelingsplanning. Daarvoor is een breed overzicht van methoden en materialen noodzakelijk. Beslissingen over het niveau van de leerstof en de manier van aanbieden zullen mede genomen worden vanuit kennis over psychopathologie. Ook een inschatting van de cognitieve mogelijkheden van het kind zal een rol spelen bij deze beslissingen. Alleen wanneer ook gegevens over de psychopathologie van het kind en over diens cognitieve ontwikkeling worden meegewogen, is het mogelijk om de drie strategieën (besproken in subhoofdstuk 9.1.1) expliciet toe te passen.

### *Model leerkracht-leerlingrelatie*

Bij kinderen die ter behandeling van ernstige emotionele en/of gedragsproblemen worden opgenomen in een (semi-)residentiële instelling zal er, naast of ten gevolge van de emotionele en/of gedragsproblemen, sprake zijn van ernstige problemen in het intermenselijk functioneren. Bij kinderen met ernstige emotionele en/of gedragsproblemen kan daarom niet als vanzelfsprekend worden aangenomen dat zij in staat zijn om de leerkracht te accepteren als een volwassene die hun gedrag reguleert, die hen instructies en correcties geeft en die een motiverende rol speelt ten aanzien van de verwerving van schoolse kennis en vaardigheden.

Bij de behandelingsplanning zal daarom een punt van overweging zijn in hoeverre het kind deze aspecten van een leerkracht-leerlingrelatie kan hantieren of benutten. Omdat de behandeling zich afspeelt binnen een (semi-)residentiële setting is het vaak mogelijk dat andere volwassenen, die al wel een betekenisvolle relatie met het kind onderhouden, aspecten van de leerkrachtrol naar het kind toe overnemen. Hiermee wordt ondervanging en daarna verandering van problemen in het hanteren van de leerkracht-leerlingrelatie mogelijk. Het kind kan in een schoolse context stap voor stap gaan leren wat een leerkracht-leerlingrelatie is en hoe hij deze relatie moet gaan gebruiken.

De leerkracht is dus niet in eerste instantie degene die met het kind een nieuw soort volwassene-kindrelatie opbouwt. Dit is de specifieke deskundigheid van leefgroepmedewerkers en van therapeuten.

### *Zicht geven op gedrag en veranderingsmogelijkheden*

Wanneer er sprake is van kinderen met ernstige emotionele en/of gedragsproblemen is het onmogelijk om in de schoolse context die problemen te negeren. Het gedrag en de reacties van het kind in de schoolse context vormen een belangrijk domein van beïnvloeding.

Gedragsregulering in de schoolse context mag niet strijdig zijn met de aanpak in andere onderdelen van het behandelingsmilieu. Tegelijkertijd moet de manier van gedragsregulering passen binnen de specifieke schoolse

context. In leefgroep en therapie zullen de ernstige emotionele en/of gedragsproblemen van het kind onverkort centraal staan. In de schoolse context komt aan de orde wanneer en op welke manier de emotionele en/of gedragsproblemen een adequaat schools gedrag en presteren in de weg staan. De interacties met het kind over diens functioneren op school hoeven niet per definitie plaats te vinden binnen die schoolse context. Andere voor het kind belangrijke volwassenen (de primaire verzorgers, de behandelingscoördinator of de therapeut) kunnen die rol op zich nemen. Deze volwassenen zijn dan wel afhankelijk van een regelmatige en volledige informatiestroom vanuit de schoolse context.

Het kind is een belangrijke gesprekspartner. De onderwerpen waarover en de manier waarop met het kind wordt overlegd worden zo veel mogelijk expliciet gepland. De streefdoelen worden aan het kind uitgelegd en zo mogelijk in overleg met het kind vastgesteld. Om dit te benadrukken kan er voor worden gekozen om schoolbezoek pas op te starten wanneer het kind er zelf nadrukkelijk toestemming voor heeft gegeven (er om gevraagd heeft). Ook uitbreiding van duur en frequentie van schoolbezoek kunnen gekoppeld worden aan een expliciete toestemming van het kind. Uitbreiding van duur en frequentie van schoolbezoek wordt gebruikt als expliciete graadmeter voor het succes van het kind op school. Het gesprek daarover kan dan als expliciet onderhandelingsmoment ingebouwd worden in het behandelingssysteem.

### *Meerdere ingangen voor behandeling*

In geval van educatieve therapie wordt de planmatige aanpak en begeleiding niet alleen gericht op de leerprestaties, maar ook op de manier waarop die leerprestaties tot stand komen. Daarnaast zal steeds van belang zijn hoe de relatie tussen kind en leerkracht beïnvloed kan worden. Bovendien wordt steeds expliciet nagegaan op welke manier het kind aankijkt tegen zijn eigen gedrag en prestaties op school. Op ieder evaluatiemoment worden al deze aspecten gewogen. Daarmee wordt duidelijk welke ingangen er op dat moment zijn voor behandeling. Bovendien kan overwogen worden of het veranderingsproces in de verschillende domeinen van beïnvloeding parallel loopt en in hoeverre dat wenselijk of haalbaar is. Beperkingen in één domein van beïnvloeding zullen consequenties hebben voor de manier van handelen en de streefdoelen in andere domeinen van beïnvloeding. Daarmee ontstaat niet alleen ten aanzien van de leerstof, maar ook ten aanzien van andere aspecten die problematisch kunnen zijn bij een kind met ernstige emotionele en/of gedragsproblemen een stap voor stap aanpak, waarbij primair de mogelijkheden en beperkingen van het individuele kind bepalend zijn en niet externe normen voor gedrag of prestaties.

## 9.2 Consequenties voor het handelen

### 9.2.1 *Eerste strategie: situatie scheppen waarin het kind taakgericht functioneert*

#### *Schoolse opdrachten*

Wanneer herstel of opbouw van taakgericht gedrag centraal staat, is het verwerven van nieuwe schoolse kennis nog niet aan de orde. Om de aandacht volledig te kunnen richten op het aanleren van taakgericht gedrag is het noodzakelijk het kind leerstof aan te bieden die hij al beheerst. Een kind dat op de vorige school is blijven steken in het aanvankelijk leesproces en concentratieproblemen vertoonde, zal bij educatieve therapie een nieuwe werkhouding aanleren met opdrachten op oudste kleuterniveau. Wanneer het aanleren van een nieuwe werkhouding niet lukt, zal ook ter discussie staan of de leervoorwaarden wel beheerst worden.

Denise was in groep 3 van de basisschool vastgelopen na drie maanden leesonderwijs. Op de interne school-SKZ kreeg zij opdrachten aangeboden op oudste kleuterniveau. De vorige school had aangegeven dat zij die opdrachten zeker zou beheersen. Pas toen er voor het merendeel van de ingeroosterde schooltijden sprake was van een goede werkhouding is de stap naar het aanvankelijk lezen opnieuw gezet.

Wanneer er bij het kind sprake is van specifieke cognitieve problemen en/of leerproblemen zullen deze bij de aanbidding van de leerstof ondervangen worden. Een kind met een dyslexie hoeft niet hardop te lezen of pas nadat het de tekst op een bandje heeft beluisterd. Bij een kind met een slechte oriëntatie in de ruimte wordt de bladspiegel in het schrift door de leerkracht voorgestructureerd. Een kind met een taalontwikkelingsachterstand hoeft alleen maar zinnen aan te vullen en niet zelf te formuleren.

Gerard bleek niet in staat om de getallen tot 20 correct te leren schrijven. Om toch door te kunnen gaan met het aanvankelijk rekenen werd midden op iedere bladzijde van zijn rekenschrift de getallenrij van 1 tot 20 geplakt. Er boven en eronder stonden twee sommen. Van Gerard werd gevraagd om bij iedere som een lijntje te trekken van de som naar het bijbehorende antwoord.

Het is mogelijk dat cognitieve problemen verhuld worden door de ernstige emotionele en/of gedragsproblemen. In die situatie kan er een lange zoekfase noodzakelijk zijn voordat het lukt om zowel opdrachten te vinden die het kind succesvol kan afronden als een manier van aanbieden die aanslaat.

Bij Ignas was onduidelijk in hoeverre hij op de vorige school het onderwijs in groep 3 gevolgd had. Op deze school werd 'Veilig Leren

Lezen' gebruikt. Dezelfde stof is nog eens helemaal aangeboden met behulp van 'De Leeshoek'. Ook met dit materiaal lukte het niet om bij Ignas een goede werkhouding op te bouwen. Inmiddels werd duidelijk dat een combinatie van diverse factoren een rol speelde bij zijn achterblijvende leesprestaties. Visueel-ruimtelijke problemen maakten een snelle woordherkenning en daarmee een correcte verklanking moeilijk. Depressiviteit en onvoldoende geloof in eigen kunnen zorgden voor een lage frustratietolerantie. Bovendien was er sprake van een aandachts- en concentratiestoornis. Een mogelijke dyslexie werd ondervangen door het hardop lezen te laten vervallen. Met behulp van schriftelijk materiaal uit 'Stenvert Niveau blocs', 'Taal is niet zo moeilijk' en 'Letterstad' deed Ignas toch ervaring op met het aanvankelijk lees- en spelingsproces. (Daarnaast werden ook maatregelen genomen in het bredere behandelingsmilieu, zoals medicatie en dagelijkse ondersteuning van het schoolbezoek door de leefgroepmedewerkers.)

De psychopathologie van het kind speelt vaak een rol bij de keuze van leerstof en de manier van aanbieden. Onderwerpen die aanleiding geven tot angstige associaties of welke raken aan de voorgeschiedenis van het kind worden binnen de eerste strategie vermeden. Er wordt geprobeerd om een leeromgeving aan te bieden waarbinnen zo min mogelijk geappelleerd wordt aan de emotionele en/of gedragsproblemen van het kind. Vaak is in eerste instantie onduidelijk waarom bepaalde leerstof voor een kind emotioneel beladen is of diens gedrag onregelt. Binnen de eerste strategie wordt geprobeerd om dergelijke reacties te voorzien en vervolgens te voorkomen. Daarmee moet voor het kind de mogelijkheid ontstaan om in een schoolse context taakgericht te functioneren ondanks zijn emotionele en/of gedragsproblemen.

Erwin was niet in staat om onderscheid te maken tussen levende wezens en afbeeldingen daarvan, hij was bang voor alles wat uit elkaar kon vallen. De werkbladen bij 'Veilig Leren Lezen' die volstonden met losse oogjes en allerlei insecten waren voor hem zeer beangstigend. Werkbladen met dergelijke tekeningen leidden tot werkweigering of bizar gedrag. Op alle werkbladen waren daarom de versieringen verwijderd, zodat alleen de technische oefeningen met letters en woorden overbleven.

Rekenonderwijs waarbij het verband gelegd werd naar handelen in de praktijk kon Erwin ook op allerlei manieren angstig maken. Daarom kreeg hij werkbladen met sommen onder de 20 zonder enige illustratie en alleen gericht op het automatiseren van de antwoorden.

### *Model leerkracht-leerlingrelatie*

Wanneer in een contact de taakstelling centraal staat, moet het kind zowel gedragsregulering als opdrachten accepteren van een relatief vreemde volwassene, die zich niet primair verzorgend opstelt.



Een eerste voorwaardelijke stap vindt plaats in leefgroep en therapie. Daar moet een zekere mate van gedragsregulering ontstaan en een groeiende bereidheid van het kind om zich aan afspraken te houden. Dit veranderingsproces vormt vervolgens de basis waarop in de schoolse context taakgericht gedrag wordt opgebouwd. De manier van gedragsregulering die in andere niveaus is gegroeid wordt overgenomen of verder toegespitst op de schoolse context.

Toen Denise werd opgenomen in de kliniek werd er in de leefgroep van haar verlangd dat zij zich aan een aantal afspraken zou houden ten aanzien van zelfverzorging, eten op vaste tijden en materiaalgebruik bij het spel. Bovendien mocht zij eigendommen van andere kinderen niet beschadigen. Dit leidde dagelijks tot heftige scènes. Zolang dit nog dagelijks voorkwam en de driftbuien niet door Denise met behulp van volwassenen uitgesteld of opgelost konden worden, werd haar geen schoolbezoek toegestaan. Aan Denise werd verteld dat zij een dergelijk uitstel van woedende reacties moest leren voordat zij naar school zou mogen gaan.

Schoolbezoek kan moeilijkheden opleveren, omdat het kind de scheiding van het primaire leefmilieu moet leren verdragen. Verblijf buiten het leefmilieu kan dan voorzichtig worden opgebouwd in duur en frequentie. Vaste rituelen, duidelijke afspraken tussen leefgroepmedewerkers en leerkracht en een grote waardering voor de tijden die het kind verblijft in de schoolse context moeten de opbouw van een regelmatig bezoek aan de school vergemakkelijken.

Schoolbezoek kan problemen opleveren, omdat in het contact met de leerkracht de taakstelling centraal staat en niet de directe behoeftebevrediging. Het kind moet door voor hem belangrijke volwassenen worden voorbereid op uitstel van directe behoeftebevrediging. Het plezier van een succesvolle afsluiting van de opdracht en de waardering die dit het kind oplevert van voor hem belangrijke volwassenen moeten de basis gaan vormen van een adequate leerkracht-leerlingrelatie. Schoolbezoek kan problemen opleveren, omdat het kind niet de ervaring gehad heeft dat een leerkracht veilig is en het eigen leerproces kan ondersteunen. In een dergelijke situatie moet een succesvol afgeronde opdrachtsituatie met een leerkracht die het contact op een kindspecifieke, herkenbare en voorspelbare manier invult op den duur een corrigerend effect gaan krijgen.

Ignas had grote moeite met het volmaken van een halve schooltijd (drie werkkwartieren en een keuzekwartier). Hij had het idee dat er tijdens zijn verblijf op school allerlei leuke dingen in de groep gebeurden die hij moest missen. Een duidelijk rooster in de groep van dagactiviteiten (waardoor duidelijk werd wat er wel en niet zou gebeuren in zijn afwezigheid) bood uitkomst.

Kaatje wilde bij de leerkracht steeds op schoot zitten en via intensief

lichamelijk contact gerustgesteld worden. Dit werd op school niet toegestaan. Omdat zij een dergelijk contact wel regelmatig nodig had, ging zij nooit langer dan drie kwartier naar school. Haar knuffeldekens mocht mee en die mocht ze bij de leerkracht komen halen als ze behoefte had aan koestering.

Wanneer het probleemgedrag van het kind een voortdurend correctief ingrijpen van de leerkracht noodzakelijk maakt, is het moeilijk om een positief gekleurd interactiepatroon op te bouwen. Door tegemoet te komen aan specifieke behoeften van het kind kan het probleemgedrag bij voorbaat ondervangen worden. Er kan les gegeven worden in een één-op-één situatie als het kind nog niet in staat is om de aandacht van de leerkracht te delen met andere kinderen. De leerkracht kan de gedragsregels die gelden in de schoolse context volledig in overeenstemming houden met de regels die in de leefgroep voor dat specifieke kind gebruikelijk zijn. De leerkracht kan constant het kind in de gaten houden of juist het kind zo veel mogelijk met rust laten.

Erwin was bang voor iedere situatie die anders was dan de dagelijks vertrouwde leefgroep. Schoolbezoek werd opgebouwd door hem aanvankelijk niet langer dan een kwartier bij de remedial teacher te laten werken in de directe nabijheid van een leefgroepmedewerkster. Bij tekenen van onrust of angst probeerde de remedial teacher steeds op dezelfde manier Erwin weer bij de taak te bepalen. Wanneer dit niet lukte nam de leefgroepmedewerkster Erwin weer mee naar de leefgroep.

Het is nog niet aan de orde of de vorm van leerkracht-leerlingrelatie die het kind nodig heeft ook te hanteren is op een externe school. Er wordt gezocht naar een manier van omgaan met het kind in de schoolse context waarbij het kind kan gaan ervaren dat een contact tussen kind en volwassene, waarin taakstelling centraal staat, succesvol (en dus veilig en plezierig) kan zijn.

#### *Zicht geven op gedrag en veranderingsmogelijkheden*

Binnen de eerste strategie staan het gedrag en presteren per opdrachtsituatie en de reacties van het kind daarop centraal. Voor het kind wordt per opdrachtsituatie geformuleerd wat de doelen zijn, in hoeverre deze doelen gehaald zijn en wat zijn eigen aandeel daarin is geweest. Deze inspanning per opdrachtsituatie wordt door de volwassenen om het kind heen hoog gewaardeerd, omdat dit in het kader van een nieuwe opbouw van een schoolse leerproces staat. De eigen keuze van het kind om wel of niet mee te werken aan dit veranderingsproces wordt intact gelaten en zelfs benadrukt.

Hilde had op de vorige school enkele jaren bij leerkrachten gefunctioneerd met wie regelmatig ernstige conflicten ontstonden. Het laatste jaar werkte zij bij een leerkracht met wie zij een zeer intensieve en

exclusieve relatie onderhield. Achteraf bleek dat ook dit voor haar heel beangstigend geweest was. Het eerste half jaar na opname was alleen al de suggestie van schoolbezoek in de toekomst aanleiding tot boosheid en heftige scènes. Pas na een uitgebreid uitleg over het hoe en waarom van school en de regels (waaraan ook de leerkracht zich zou houden) was zij bereid om in een individuele situatie en voor enkele kwartieren per week naar de interne school te gaan.

Bettie had nooit opdrachten gekregen op een voor haar haalbaar niveau. Aan haar verzoek om naar school te gaan gingen oriënterende bezoeken aan school vooraf. Tijdens die bezoeken werd uitgelegd wat ze mogelijk zou gaan doen (bijvoorbeeld een verkeersstraat maken met duplo materiaal). In de leefgroep werd daarna iedere keer uitgelegd en aangetoond dat dit opdrachten waren waaraan zij zou kunnen voldoen.

De manier waarop het kind uitleg krijgt over zijn eigen functioneren en prestaties wordt bepaald door de mogelijkheden en beperkingen van het kind. Wanneer een kind nog niet in staat is om te reflecteren op zijn gedrag, wordt dat gedrag door de leerkracht benoemd en gewaardeerd. Is een kind nog niet in staat tot verbale interacties over zijn gedrag of presteren dan kan een registratieformulier gebruikt worden met stickers of ingekleurde rondjes per behaald succes. Mogelijk is voor het kind de mening van de leerkracht (nog) niet belangrijk. De evaluatie van gedrag en prestaties in de schoolse context kan dan overgenomen worden door leefgroepmedewerkers, de behandelingscoördinator of de therapeut. Bij jonge kinderen zal daarbij gebruik gemaakt worden van een 'heen-en-weer schrift' of wordt het werk in de schoolse context per schooltijd achteraf bekeken door kind en belangrijke volwassene samen. Bij oudere kinderen zal veel meer gebruik gemaakt worden van statistieken of overzichtsbladen.

Wanneer niet de leerkracht maar een andere voor het kind belangrijke volwassene met het kind schoolse gedrag en schoolse prestaties evalueert, zullen kind en leerkracht wel gezamenlijk het registratieformulier invullen op basis waarvan die volwassene met het kind overlegt. Daarmee wordt mogelijk een basis gelegd voor een eigen rol van de leerkracht bij het bespreken en reguleren van gedrag en emoties in een schoolse context.

De gesprekken met het kind over diens functioneren in de schoolse context leveren informatie op over het effect van de succeservaringen die het kind in de schoolse context ervaart. Deze behandelingseffecten worden meegewogen bij de verdere behandelingsplanning.

Janneke bleek overgevoelig voor situaties waarin zij opdrachten niet begreep. Ze schrok daar zo van dat zij niet meer in staat was om zelf nog de opdracht situatie te structureren. De leerkracht moest dan stap voor stap haar gedrag gaan voorstructureren. Complimentjes voor goede prestaties werden door haar afgedaan als ongeloofwaardig of niet verdiend. Succeservaringen werden door haar niet als dusdanig beleefd.

Het effect van kleine fouten was vele malen groter. Voor de verdere behandelingsplanning was het noodzakelijk om die goede prestaties gekoppeld te krijgen aan haar eigen inzet. Inzichtelijk lezen en taalonderwijs werden in deze fase geschrapt uit haar lesprogramma. Naast het doortraineren van technische rekenvaardigheden en technisch lezen werd in een één-op-één situatie intensief gewerkt aan haar zeer beperkte woordenschat.

### *9.2.2 Tweede strategie: interventies gericht op het veranderen van het kind*

#### *Schoolse opdrachten*

Pas wanneer kind en leerkracht weten in welke situatie het kind taakgericht kan functioneren komt het aanleren van nieuwe schoolse kennis en vaardigheden aan de orde. Er kan een langdurige zoekfase aan deze strategiewisseling voorafgaan. Het is ook mogelijk dat een kind al snel in staat blijkt om binnen de specifieke schoolse context van educatieve therapie gericht aan het werk te gaan.

In een onderwijs-leersituatie die optimaal is aangepast aan de mogelijkheden en beperkingen van het individuele kind wordt geprobeerd om de achterstand ten opzichte van leeftijdgenoten wat betreft niveau van schoolse kennis en vaardigheden zo ver mogelijk in te lopen. Specifieke hiaten in kennis- en vaardigheidsniveau worden alsnog aangepakt. Dergelijke remediëring is vaak pas zinvol indien naast een zorgvuldige analyse van de didactische problemen ook de inzet en motivatie van het kind nauwkeurig gewogen en beïnvloed worden.

Pattie was tien jaar oud en had nog ernstige spellingsproblemen op het niveau van groep 3. Op haar vorige school was auditieve analyse van de klanken, gekoppeld aan de spellingsregels, uitvoerig geoefend zonder enig resultaat. Pattie had als kleuter op school en thuis iedere oefening van de auditieve leervoorwaarden gemist. Ze had ook geen zin in dergelijke activiteiten, omdat ze die nooit als plezierig had ervaren. Ze vond dat ze er veel te groot voor was. Haar werd aangeboden om rijmoefeningen te gaan doen die uit moesten monden in het samen bedenken van poëzieversjes voor vriendinnen. Daarvoor was bij voorbaat een multimap aangeschaft op A-4 formaat met een foto van een bekende popgroep voorop. Daarin mocht ze gaan werken met een kalligrafeerpen. Dit aanbod bleek een prima ingang voor behandeling.

Binnen de schoolse context kan gericht gewerkt gaan worden aan cognitieve problemen. Een remediërend programma voor een dyslexie, gericht werken aan een taalontwikkelingsachterstand via een taalstimuleringsprogramma, het aanbieden van duidelijke gedragsregels om de cognitieve stijl te verbeteren zijn voorbeelden van mogelijke interventies. Voorwaarden voor het succesvol

toepassen van remediërende programma's zijn de bereidheid van het kind om aan zijn cognitieve problemen te werken en voldoende diagnostische informatie over de cognitieve mogelijkheden en beperkingen van het kind. Wanneer aan deze voorwaarden niet meer of nog niet voldaan wordt is toepassing van een behandelingsstrategie voor de schoolse leerstof ook niet aan de orde. Interventies zullen ook vaak opgezet worden in samenwerking met individugerichte activiteitentherapieën of met medicatie als ondersteuning.

Kim had mede op basis van ernstig lichamelijke mishandeling in haar eerste levensjaren problemen in de sensomotorische en visueel-ruimtelijke ontwikkeling. Bij de eerste strategie werd beschreven hoe de bladspiegel zodanig werd voorgestructureerd dat haar ruimtelijke problemen geen rol zouden spelen bij het aanvankelijk lezen en schrijven. Binnen de tweede strategie kreeg zij op school extra oefeningen aangeboden in visuele discriminatie en ruimtelijke positie van de verschillende letters. Tegelijkertijd werd in bewegingstherapie intensief gewerkt aan een angstvrije oriëntatie in de ruimte.

#### *Model leerkracht-leerlingrelatie*

Wanneer verwerving van nieuwe kennis en vaardigheden in de schoolse context aan de orde komt, moeten kinderen naast gedragsregulering en instructies ook inhoudelijke feedback en correcties van de leerkracht gaan accepteren. Het is niet noodzakelijk dat de leerkracht voor het kind een beveiligende en motiverende rol gaat spelen. De schoolse context kan voor het kind veilig zijn door een strikte voorstructurering, duidelijke regels en de ervaring dat alleen haalbare eisen worden gesteld. Andere voor het kind belangrijke volwassenen kunnen het kind motiveren om in een schoolse context opdrachten te aanvaarden van een relatief vreemde volwassene.

In de voorgeschiedenis van de achtjarige Ignas was sprake van ernstige verwaarlozing. Hij genoot in de kliniek van het verzorgende contact met de leefgroepmedewerkers en kon nauwelijks verdragen dat de leerkracht zich niet even koesterend en verzorgend opstelde. Er ontstond geen functionele leerkracht-leerlingrelatie. Uiteindelijk bleek een rustig schoolbezoek alleen mogelijk wanneer ieder schoolbezoek vooraf en achteraf door de leefgroepmedewerkers werd besproken en gewaardeerd. Tegelijkertijd is de leerkracht haar bewondering voor de inspanning van Ignas uitbundig gaan uiten op een manier die bij kinderen van drie jaar niet ongewoon zou zijn.

In basis- en speciaal onderwijs is het gebruikelijk dat tussen kind en leerkracht een relatie bestaat waarin wederkerigheid en andersoortige affectieve componenten een rol spelen. Binnen de tweede strategie staat ter discussie in welke mate een dergelijk model voor ieder specifiek kind haalbaar lijkt. Minimaal streefdoel voor ieder kind is het inzichtelijk maken van een systeem van

regels, afspraken en omgangsvormen, waardoor de leerkracht herkenbaar en voorspelbaar wordt. Verbeteringen of relatiegroei in andere onderdelen van het behandelingsmilieu kunnen aanleiding geven tot hogere eisen aan het kind ten aanzien van de leerkracht-leerlingrelatie.

### *Zicht geven op gedrag en veranderingsmogelijkheden*

Binnen de tweede strategie blijven de interacties met het kind over zijn functioneren in de schoolse context niet meer beperkt tot gedragsregulering en succesbeleving binnen een specifieke opdrachtsituatie. De interacties worden meer gericht op de opbouw van een eigen identiteit als lerend kind. Ieder kind zal zijn eigen motieven gaan ontwikkelen om te leren. Deze motieven worden expliciet gemaakt en geformuleerd in gesprekken tussen kind en volwassene. In die gesprekken ontstaat overeenstemming over de mate van inzet in de schoolse context en het prestatieniveau dat verwacht wordt. Uitbreiding van duur en frequentie van schoolbezoek wordt gebruikt als een bevestiging van het gegeven dat het kind goed functioneert in de schoolse context. Het kind gaat terug naar de leefgroep als het zich niet houdt aan het therapeutisch contract (dat bekend is bij alle behandelaars). Aan het al dan niet volmaken van de geplande schooltijden en de snelheid waarmee duur en frequentie worden uitgebreid laat zich dus ook aflezen in hoeverre het educatief-therapeutisch proces succesvol verloopt.

Schoolprestaties waren belangrijk voor Cor. Hij wilde het liefst zo veel mogelijk leren en zo vaak mogelijk naar school. Bij ieder verzoek om uitbreiding van schooltijden werd met hem samen nagegaan in hoeverre hij er in de afgelopen periode in geslaagd was om de ingeroosterde schooltijden vol te maken zonder ernstige conflicten over zijn werkhouding. Dit gebeurde aan de hand van de dagrapportages die voor hem werden uitgezet in een overzichtelijk schema.

Janneke was heel somber over haar eigen prestaties op school en wilde niet geloven dat zij vooruit ging. Een jaar lang is haar iedere keer dat zij daar om vroeg uitbreiding van schooltijden gegeven om naar haar toe te bevestigen dat zij goed vooruit ging.

Het ligt open welke volwassene de beste ingang heeft tot een dergelijk gesprek. Leefgroepmedewerkers, behandelingscoördinator, de eigen therapeut en de leerkracht kunnen in aanmerking komen. Binnen de situatie van ieder specifiek kind wordt afgewogen wie het meest in aanmerking komt. Wanneer een andere volwassene dan de leerkracht dit gesprek voert, zal de leerkracht de gegevens aanleveren waarmee deze het gesprek kan voeren.

Bij Diederik zijn alle volwassenen die voor hem belangrijk waren betrokken geweest bij het gesprek over zijn schools functioneren. De leerkracht had vooral een positieve, bevestigende rol en gaf per dag aan wat er was gelukt. Diederik kreeg huiswerk mee naar de groep.

Daar werd geleerd wat wel en wat geen goede manier was om met opdrachten die moeilijk waren of die helemaal afgemaakt moesten worden om te gaan. De therapeut ging win- en verliespelletjes doen en besteedde veel aandacht aan het beheersen van agressie bij verlies. Al deze volwassenen maakten bovendien duidelijk dat (en toonden empathie met het feit dat) Diederik een leesprobleem had waardoor het logisch was dat hij niet zo snel vooruit ging als andere kinderen. Prestaties en inzet werden daarom juist bij hem extra gewaardeerd.

Er zijn grote verschillen mogelijk in de veranderingsprocessen die zich bij verschillende kinderen af kunnen spelen. Streven naar een eigen prestatiemotivatie is mogelijk, maar ook leren als normaal en onvermijdelijk onderdeel van het kinderleven. Per kind wordt gezocht naar doelen die haalbaar zijn en afgestemd kunnen worden op het verdere behandelingsverloop.

### *9.2.3 Derde strategie: aansluiting zoeken bij een externe school*

#### *Schoolse opdrachten*

Binnen de derde strategie staat normalisatie van het leerproces centraal. Eisen die op een basisschool of een school voor speciaal onderwijs gesteld worden, worden pas binnen deze derde strategie behandelingsdoelen voor het kind. Iedere dag naar school, werken in een groep, de aandacht van de leerkracht kunnen delen met andere kinderen, niet storend zijn voor andere leerlingen zijn voorbeelden van algemene eisen die op externe scholen gesteld worden. Het gebruik van gangbare lesmethoden of het hanteren van boek en schrift naast elkaar zijn voorbeelden van specifieke onderwijs-leersituaties die het kind moet leren hanteren voordat plaatsing op een externe school mogelijk wordt.

Bij Marga waren onderwerpen waar zij angstig van werd (ziekenhuizen, dokters, enzovoorts) altijd vermeden in de klas. Toen het gesprek over de externe school werd gestart is eerst besloten om een gebruikelijke methode voor inzichtelijk lezen te gaan volgen, zonder dat daarin nog onderwerpen werden overgeslagen. Wanneer een onderwerp aan de orde kwam waarvan verwacht kon worden dat het voor Marga beladen was, werd dat van te voren aangekondigd bij Marga en bij de leefgroepmedewerkers en de therapeut. Marga kon dan zelf kiezen met wie ze wilde praten over de manier waarop ze met de leerstof moest omgaan. Naar haar toe werd benadrukt dat ze in de klas adequaat moest blijven functioneren en tegelijkertijd haar reacties op de aangeboden stof moest onthouden om door te praten in de leefgroep of bij de therapeut.

Gerard kon erg angstig reageren op plaatjes in stripboeken of op cassettebandjes met sprookjes. Dergelijke prikkels waren steeds hele-

maal weggehouden uit de klas op de momenten dat hij daar aanwezig was. In de laatste periode voordat hij naar een externe school ging werd dergelijk materiaal duidelijk zichtbaar in de klas gezet. Naar Gerard toe werd benadrukt dat hij niet naar dat materiaal toe hoefde te gaan, maar het ook kon negeren. Dit werd ondersteund door de leefgroepmedewerkers en eveneens geoefend in de leefgroep.

Bij afbouw van elke speciale aanpassing wordt zo veel mogelijk van te voren ingeschat wat het effect zal zijn op gedrag en prestaties van het kind. Wanneer er sprake is van een fors verlies van tempo of prestatieniveau of van een terugval in gedrag en reacties van het kind, ontstaat een aparte oefenfase. Beïnvloedingsmogelijkheden via de leerkracht-leerlingrelatie of via contacten tussen kind en voor hem belangrijke volwassenen over zijn toekomstperspectief worden gebruikt om uit te proberen of het eerdere niveau van presteren weer hervonden kan worden zonder de speciale aanpassingen weer te herstellen. Daarmee ontstaat duidelijkheid over de speciale aanpassingen die op lange termijn noodzakelijk zullen blijven.

Felix werkte in een cabine, omdat er op die manier uitgelegd kon worden waar hij wel en niet aandacht aan mocht besteden tijdens zijn werkkwartieren. Toen de cabine als voorbereiding op zijn externe schoolplaatsing werd weggehaald kwam hij met name in het rekenkwartier nauwelijks tot werken. Het lukte niet om Felix aan te spreken op zijn gedrag. Felix moest zelfs weer een aantal keren teruggestuurd worden naar de leefgroep, omdat hij kwaad werd wanneer de leerkracht probeerde zijn werkhouding te bespreken. Uiteindelijk is er een beloningssysteem ontworpen gebaseerd op het aantal sommen dat Felix foutloos in een kwartier kon maken. De stickers werden zonder verder commentaar verstrekt. Hiermee werd het voor Felix mogelijk om ook buiten de cabine in een redelijk tempo te werken op een gelijkmatig prestatieniveau.

Uitbreiding van duur en frequentie van schoolbezoek vindt vooral plaats wanneer er nog leerstof ingehaald moet worden of omdat het kind moet wennen aan dagelijks schoolbezoek. Indien mogelijk wordt geprobeerd om het kind een voorsprong op te laten bouwen in didactisch niveau, zodat de eerste periode na overplaatsing het kind alle energie kan besteden aan de aanpassing.

#### *Model leerkracht-leerlingrelatie*

Ook de speciale aanpassingen die door de leerkracht nog steeds worden gemaakt in zijn houding naar het kind komen ter discussie te staan. Voor sommige kinderen blijft het noodzakelijk dat hun werkhouding continu begeleid wordt door de leerkracht. Andere kinderen blijven afhankelijk van een leerkracht die ze heel voorzichtig en positief benadert. Dit soort conclusies wordt pas getrokken wanneer na een intensieve oefenfase verwacht wordt



dat een minder specifieke opstelling van de leerkracht leidt tot een onaanvaardbaar verlies van nieuw aangeleerd gedrag of van tempo en prestatieniveau. De conclusies hebben gevolgen voor de vorm van extern onderwijs waarin het kind kan gaan functioneren.

Janneke bleef veel geruststelling nodig hebben van de leerkracht wanneer ze zelf vond dat ze een vraag niet kon beantwoorden. Regels om in een dergelijke situatie zelf greep te krijgen op haar eigen gedrag beklifden niet. In de perioden dat daar op school mee werd geëxperimenteerd was het duidelijk dat ook haar gedrag in de leefgroep chaotisch was. Er is daarom gezocht naar een vorm van speciaal onderwijs waarbij de leerkracht de mogelijkheden en de bereidheid zou hebben om steeds weer geruststellend en positief Janneke op het goede spoor te zetten.

Wanneer het kind een functionele relatie opgebouwd heeft met een specifieke leerkracht is dat nog niet voldoende. Het kind laat daarmee zien dat hij in staat is om te werken bij één specifieke volwassene binnen een specifieke schoolse context. Om de kans zo groot mogelijk te maken dat het kind van deze ervaring zal kunnen profiteren in een andere schoolse context, moet het kind expliciet gaan leren om die exclusieve relatie uit te breiden naar andere volwassenen binnen dezelfde schoolse context. Vervanging bij ziekte, stagiaires of klasse-assistenten in de klas, een andere leerkracht voor de klas op tijden dat de eigen leerkracht lessen voorbereidt en instructie door een andere leerkracht bij expressieve vakken zijn voorbeelden van momenten waarop dit met het kind besproken en geoefend kan worden.

Ignas had over een periode van drie jaar een intensieve relatie opgebouwd met zijn vaste leerkracht. Binnen de bescherming van die relatie was hij goed in staat om ook een enkele middag bij andere leerkrachten van de interne school-SKZ goed te functioneren. Als laatste stap in de richting van een externe schoolplaatsing werd hij overgeplaatst naar de bovenbouwklas. Bij de nieuwe leerkracht liet hij de eerste weken zijn oude kleuterachtige en depressieve gedrag zien. De leerkracht is beperkt op zijn kleuterachtige gedrag ingegaan en heeft daarbij benadrukt dat hij binnen enkele weken weer op zijn niveau van voor de vakantie moest gaan functioneren. Tegelijkertijd is in de leefgroep en bij de therapeut zijn gedrag benoemd als een reactie op de overgang naar een nieuwe leerkracht. Daarmee werd ook een kader geschapen worden om bij de overgang naar een externe school zijn reacties op de overgang te kunnen verklaren en beheersen.

#### *Reacties en emoties van het kind wat betreft functioneren op school*

Wanneer gehandeld wordt binnen de derde strategie merkt het kind dat er in de schoolse context nieuwe eisen gesteld worden. Specifieke aanpassingen aan

de mogelijkheden en beperkingen van het kind worden afgebouwd. Van het kind wordt verwacht dat het zelf greep krijgt op zijn gedrag en presteren in een schoolse context. De afbouw van speciale aanpassingen wordt door het kind vaak ervaren als een verlies van privileges of ondersteuning en vormt een duidelijke aanleiding voor een gesprek met het kind over een externe schoolplaatsing. Uitgangspunt daarbij is dat bij het kind zelf een bereidheid moet ontstaan om naar een externe school te gaan.

Een externe schoolplaatsing staat nooit los van het verdere toekomstperspectief van het kind. De beslissing wordt gepresenteerd en ervaren als een eerste stap naar ontslag uit de (semi-)residentiële instelling. Wat dit voor een kind betekent zal in het brede behandelingsteam onderwerp van gesprek zijn. Voor sommige kinderen zal een externe schoolplaatsing bedreigend zijn, omdat ze de omgeving waarbinnen ze zich veilig voelen moeten verlaten. Andere kinderen zullen juist extra gemotiveerd zijn voor een overgang naar een externe school, omdat zij graag zo snel mogelijk weer in een gezin willen wonen.

Binnen de schoolse context kunnen de resultaten die bereikt zijn tijdens het educatief-therapeutisch proces tastbaar gemaakt worden voor het kind. Aan de hand van concrete voorbeelden kan de leerkracht duidelijk maken waarom hij verwacht dat een externe schoolplaatsing zal lukken. De leerkracht kan vanuit die bekendheid met het schools functioneren van het kind een ondersteunende rol blijven spelen bij de overgang naar de externe school. Deze taak kan ook overgenomen worden door een ambulante begeleider. Het is ook voorstelbaar dat een dergelijke ondersteuning plaatsvindt vanuit de leefgroep of de individugerichte therapie. Een dergelijk model komt meer overeen met de situatie na ontslag uit de kliniek.

Toen Marga naar een externe school moest gaan besprak ze met de leerkracht de mogelijkheid dat de lichamelijke klachten (duizelingen en flauwvallen) op de nieuwe school weer terug zouden komen. De leerkracht heeft benadrukt dat die lichamelijke klachten op dat moment op school geen enkele rol meer speelden, ook niet wanneer Marga op school extra zwaar belast werd. Dit kon met concrete voorbeelden geïllustreerd worden. Bovendien heeft de leerkracht met Marga en met de nieuwe school een aantal onopvallende maatregelen doorgenomen. Even naar het toilet, een glaasje water drinken of druivesuiker eten waren voorbeelden van adequate reacties waarbij ze geen beroep zou behoeven te doen op de leerkracht.

Wanneer een externe schoolplaatsing samenvalt met ontslag uit de (semi-)residentiële instelling wordt afgewogen of het nieuwe leefmilieu een ondersteunende rol kan vervullen. Wanneer dit niet het geval is kan een dergelijke ondersteuning plaatsvinden binnen of vanuit een bestaande individugerichte psycho- of activiteitentherapie.

De verschillende onderdelen van het schema voor educatieve therapie zijn al in hoofdstuk 7 beschreven. In figuur 9.1 wordt het schema nog eens in zijn totaliteit gepresenteerd.

### 9.3 De organisatorische context

#### *Een behandelingsproces op indicatie*

Schoolbezoek vindt bij educatieve therapie alleen plaats op indicatie en ten behoeve van een gericht veranderingsproces. De indicatie voor educatieve therapie vervalt als het kind in overeenstemming met zijn capaciteiten en beperkingen kan functioneren op een externe school. Een puur inhoudelijke afweging over plaatsing, uitbreiding of doorplaatsing wordt moeilijk als dergelijke beslissingen directe consequenties hebben voor het aantal formatieplaatsen (Doornbos, Stevens, 1989; Van Rijswijk, 1992). Een (semi-)residentiële instelling die educatieve therapie in zijn voorzieningenpakket heeft zou over langere termijn een vast aantal formatieplaatsen moeten creëren, onafhankelijk van korte termijn wisselingen in bezetting.

#### *Door een multidisciplinair team*

Educatieve therapie is een multidisciplinair behandelingsproces. Specialisten ten aanzien van schools leren, cognitieve ontwikkeling en ernstige emotionele en/of gedragsproblemen zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor de behandelingsplanning, de uitvoering en de evaluatie van aanpak en begeleiding van het kind in de schoolse context.

De leerkracht die deel uitmaakt van het educatieve therapieteam is de belangrijkste uitvoerende werker binnen de schoolse context. De leerkracht heeft de bereidheid en de organisatorische mogelijkheden om per kind een volledig individueel leerproces te laten plaatsvinden.

De specialist ten aanzien van multi problem kinderen met ernstige emotionele en/of gedragsproblemen is er in de regel verantwoordelijk voor dat de aanpak en begeleiding in de schoolse context past binnen de bredere behandeling van de ernstige emotionele en/of gedragsproblemen.

De specialist ten aanzien van de cognitieve ontwikkeling van kinderen houdt zich in de regel bezig met de vraag in hoeverre naast de ernstige emotionele en/of gedragsproblemen ook leerproblemen en/of cognitieve achterstanden of hiaten een rol spelen bij de problemen van het kind op school.

Beide specialisten kunnen ad hoc via observaties in de schoolse context of via verder individueel onderzoek ingaan op diagnostische vragen die ontstaan in de schoolse context.

|   |  | A  | B   | C   |
|---|--|--|---|---|
|   |  | SCHOOLSE OPDRACHTEN  | DE LEERKRACHT-LEERLING-RELATIE  | REACTIES EN EMOTIES VAN HET KIND WAT BETREFT FUNCTIONEREN OP SCHOOL   |
| 1 | Scheppen van een situatie, waarin het kind taakgericht functioneert      | Opdrachten aanbieden op het didactisch niveau dat het kind zeker beheerst met maximale ondersteuning | Uitgaande van relatievorming in groep en therapie in tweede milieu instructie en gedragsregulering door volwassenen aanbieden | Op voor het kind te hanteren manier feedback en gedragsalternatieven aanbieden wat betreft emoties en gedrag in de opdrachtsituatie |
| 2 | Vaststellen in welke mate schools gedrag en presteren te veranderen zijn | Duidelijk krijgen wat hoogst haalbare didactische prestaties zijn bij maximale ondersteuning         | Uitgaande van relatievorming in groep en therapie een model leerkracht-leerlingrelatie introduceren                           | Met het kind overeenstemming bereiken over mate van inzet en reëel prestatieniveau  |
| 3 | Aansluiting zoeken bij een externe school                                | Vaststellen in hoeverre ondersteuning van de werkhouding vermindert kan worden                       | Diverse leerkracht-leerlingrelaties aanbieden en vaststellen welke aanpassingen noodzakelijk blijven                          | Resultaten tastbaar maken en plaatsen in toekomstperspectief wat betreft school   |

Figuur 9.1 Het behandelingsconcept

Een dergelijke ondersteuning van de leerkracht, waarbij deskundigen ten aanzien van gedrag en ontwikkeling ook betrokken zijn bij de concrete hulpverlening, is in het onderwijssysteem door de organisatorische situering van deze deskundigen nauwelijks mogelijk (Doornbos, 1992a). Een (semi-)residentiële instelling die educatieve therapie in zijn voorzieningenpakket heeft zou structureel formatieruimte vrij moeten maken voor een daadwerkelijke ondersteuning tot in de klas vanuit een multidisciplinair team (Doornbos, 1994).

#### *Binnen een (semi-)residentiële instelling*

Behandelingsdoelen in de schoolse context en in de andere onderdelen van het behandelingsmilieu zijn op elkaar afgestemd. De medewerkers die functioneren in de diverse onderdelen van het behandelingsmilieu zijn bereid om naar elkaar toe aanvullend te functioneren.

Er is een duidelijke taakverdeling tussen de diverse disciplines. Daarbij wordt ook expliciet uitgewerkt op welke manier de aanpak en de begeleiding in de schoolse context ondersteund wordt in de andere milieus. Een gefaseerde opbouw van duur en frequentie van het schoolbezoek en de mogelijkheid om een kind terug te kunnen sturen naar de leefgroep vormen belangrijke instrumenten. Daarbij wordt voorondersteld dat succesvol schoolbezoek door volwassenen en kinderen in de (semi-)residentiële instelling als relevant en plezierig wordt ervaren en dat het belang van een plaatsing op een externe school nog tijdens de opname door alle volwassenen wordt onderschreven.

Educatieve therapie, zoals beschreven, verdraagt zich slecht met een autonome positie van de leerkrachten. De leerkracht is een gelijkwaardige partner in een (semi-)residentieel behandelingsteam. Binnen het behandelings-team bestaat overeenstemming over het gehanteerde behandelingsconcept.

- Het behandelingsconcept voor educatieve therapie is in dit hoofdstuk beschreven en vanuit een specifieke praktijksituatie geïllustreerd. Er is niet geprobeerd om deze vorm van behandeling te plaatsen in het netwerk van bestaande voorzieningen voor jeugdhulpverlening of binnen huidige theoretische ontwikkelingen. Dit komt in hoofdstuk 10 aan de orde.

## 10 Het onderzoek in een bredere context geplaatst

In dit hoofdstuk wordt enerzijds teruggekeken op het onderzoek naar het behandelingsconcept van de interne school-SKZ, anderzijds wordt een aantal conclusies getrokken over de bredere context waarbinnen educatieve therapie zich afspeelt.

In subhoofdstuk 10.1 wordt de afwikkeling van het onderzoek kort samengevat. De implicaties van het onderzoek voor de oorspronkelijke onderzoekscontext en voor theorieontwikkeling en onderzoek naar de klinische praktijk komen aan de orde.

In subhoofdstuk 10.2 wordt samengevat wat het onderzoek naar educatieve therapie heeft opgeleverd ten aanzien van onderwijs aan kinderen met ernstige emotionele en/of gedragsproblemen, opgenomen in een (semi-)residentiële instelling. Opnamebeleid en organisatievorm komen aan de orde.

In subhoofdstuk 10.3 wordt het conceptueel kader dat ontwikkeld is voor educatieve therapie besproken. Het behandelingsconcept voor educatieve therapie wordt vergeleken met bestaande beschrijvingen van behandelings- en schoolconcepten.

### 10.1 Onderzoek naar een behandelingsconcept

#### *10.1.1 Het onderzoek achteraf samengevat*

Uitgangspunt voor het onderzoek was de manier van werken die op de interne school-SKZ in vijftien jaar is uitgekristalliseerd. De behoefte om deze manier van werken te beschrijven, verder te ordenen, ter discussie te stellen en overdraagbaar te maken was de aanleiding tot dit onderzoek. De noodzaak van een verdere ordening kwam duidelijk naar voren in de veelvuldige meningsverschillen tussen de leerkrachten van de interne school-SKZ en andere behandelaars.

Doel van het onderzoek werd het formuleren van een behandelingsconcept voor de bestaande manier van werken op de interne school-SKZ. De formulering van het kennisdoel leidde tot een duidelijke keuze voor theorievorming over praktisch handelen op een navolgbare manier. Het onderzoek naar een bestaand maar impliciet gebleven behandelingsconcept is getypeerd als een

praktijkgericht onderzoek met een open design. Praktijkgericht onderzoek omdat gestreefd werd naar theorievorming over een bestaande werkvorm. Een open design, omdat er geen theoretisch kader beschikbaar was van waaruit de bestaande werkvorm kon worden voorgeschreven. De manier van werken moest worden gevolgd om het achterliggende theoretisch kader te expliciteren.

De eerste onderzoeksactiviteit werd gevormd door het statusonderzoek bij drie kinderen, die de interne school-SKZ bezochten. Uit het beslissingsproces, zoals dat was vastgelegd in de status, kon achteraf per kind een aantal fasen worden beschreven waarin verschillende doelen centraal hebben gestaan.

De tweede onderzoeksactiviteit werd gevormd door gesprekken met leerkrachten van scholen voor basis- of speciaal onderwijs. In deze gesprekken is gezocht naar verduidelijking van de manier van werken van de interne school-SKZ door verschillen in aanpak te benoemen. Naar aanleiding van de gevoerde gesprekken zijn er verschillende keuzen geformuleerd die op de interne school-SKZ richting geven aan de behandelingenplanning. Aanpassen van de onderwijs-leersituatie aan het kind is slechts een onderdeel van het gehele behandelingenproces. Er wordt een gericht veranderingsproces nagestreefd om terugplaatsing op een externe school mogelijk te maken. Daarbij is het noodzakelijk om de behandelingenplanning niet alleen te richten op de leerstof, maar ook op de emotionele, de gedrags- en de relationele aspecten.

De derde onderzoeksactiviteit werd gevormd door gesprekken met praktijkwerkers in vijftien kinderpsychiatrische klinieken in Nederland. Tijdens het onderzoek bleek dat klinieken noch kliniekscholen een homogene groep vormen wat betreft organisatievorm, patiënten- of leerlingenpopulatie en behandelingen- of onderwijsaanbod. De contrasten zijn zinvol geweest voor het expliciteren van het behandelingenconcept van de interne school-SKZ. Het was echter niet mogelijk om een overzicht te maken van alle verschillende behandelingenconcepten, omdat tijdens de gesprekken nog geen duidelijk conceptueel kader ontwikkeld was waarmee systematisch gegevens verzameld konden worden.

Er ontstond duidelijkheid over de eigen behandelingenidentiteit van de interne school-SKZ ten opzichte van andere onderdelen van het residentiële behandelingsmilieu. In de leefgroep en bij individuele therapie staat de directe beïnvloeding van de emotionele en/of gedragsproblemen centraal. Leefgroep en individuele therapie worden daar specifiek voor ingericht door vakmensen die daarvoor speciaal zijn opgeleid. Op de interne school-SKZ staat het maken van leervorderingen ondanks de ernstige emotionele en/of gedragsproblemen centraal. Beïnvloeding van emotionele en/of gedragsproblemen wordt alleen gericht nagestreefd voor zover het kind daarvoor van een schoolse context afhankelijk is.

Een aantal inhoudelijke elementen van het behandelingenconcept kwam in veel gesprekken terug. Functioneren in een tweede milieu waar een taakstelling centraal staat en de stap maken van taakgericht functioneren naar het daadwerkelijk verwerven van nieuwe kennis en vaardigheden kunnen voor kinderen met ernstige emotionele en/of gedragsproblemen belangrijke behan-

delingsdoelen zijn. Tijdens de gesprekken ontstond geen ordening van deze inhoudelijke elementen.

In een eerste ordeningsfase zijn de aspecten van het behandelingsconcept van de interne school-SKZ die geëxpliciteerd werden aan de hand van de drie verschillende onderzoeksactiviteiten uiteindelijk geïntegreerd in één schema (figuur 6.6). In dit schema hebben alle observaties en conclusies die voortvloeiden uit de onderzoeksactiviteiten tot op dat moment een plek gekregen.

De vierde onderzoeksactiviteit werd gevormd door de formatieve evaluatie. Het behandelingsconcept stond ter discussie in de behandelingscontext waarvoor dit geformuleerd was. Deze evaluatie leidde tot verdere keuzen. In een tweede ordeningsfase zijn fasen vervangen door strategieën en werden behandelingsdoelen domeinen van beïnvloeding. De domeinen van beïnvloeding zijn scherper geformuleerd en toegespitst op de specifieke schoolse context. Daarnaast is een ideaaltypisch veranderingsproces vervangen door een schematische ordening van diverse mogelijke beïnvloedingsprocessen.

De laatste onderzoeksactiviteit werd gevormd door de summatieve evaluatie. Het behandelingsconcept is bij praktijkwerkers vanuit andere behandelingscontexten ter discussie gesteld. Het behandelingsconcept bleek zonder meer van toepassing binnen een aantal kinder- en jeugdpsychiatrische klinieken en kliniekscholen met een overeenkomstige manier van werken voor eenzelfde doelgroep. Gesprekspartners vanuit niet-psychiatrische instellingen voor intensieve residentiële behandeling van kinderen met emotionele en/of gedragsproblemen herkenden in het schema veranderingsprocessen die zich in de eigen onderwijspraktijk afspeelden.

Als afsluiting van het onderzoek werden alle verzamelde inzichten samengevoegd in een beschrijving van educatieve therapie (hoofdstuk 9). Het behandelingsconcept werd samengevat in figuur 9.1.

### *10.1.2 De oorspronkelijke onderzoekscontext*

Voor aanvang van het onderzoek werd aan het planmatig handelen op de interne school-SKZ vorm gegeven vanuit theorievorming over ieder individueel kind. Daardoor bestond de indruk dat voor ieder kind met een eigen maat gemeten werd en dat bij elk kind andere criteria de doorslag gaven. Vraagstelling voor het onderzoek was of er een behandelingsconcept geformuleerd kon worden op een ander niveau dan  $N = 1$ . Tijdens het onderzoek is toenemend duidelijk geworden dat daarvoor een beschrijving van het behandelingsaanbod noodzakelijk is. Analooq hieraan is gedurende het onderzoek in de oorspronkelijke onderzoekscontext de definitie van planmatig werken gegroeid. Planmatig werken wordt inmiddels gedefinieerd als doordacht handelen waarop regelmatig reflectie plaatsvindt (Knorth, Smit, 1990) en waarbij een gericht beïnvloedingsproces wordt nagestreefd op basis van enerzijds theorievorming over het individuele kind en anderzijds een expliciet behandelingsconcept.



Het behandelingsconcept, zoals samengevat in het schema in hoofdstuk 9, vormt een systematische ordening van het behandelingsaanbod van waaruit van elkaar verschillende beslissingsprocessen voor concrete kinderen gemotiveerd kunnen worden. Het bijgestelde schema zoals geformuleerd in hoofdstuk 9 voldoet als kader voor een samenvatting van het behandelingsproces van alle kinderen die tijdens de formatieve evaluatie de interne school-SKZ bezochten. Het onderzoeksresultaat is daarom een adequaat antwoord op de oorspronkelijke vraagstelling.

In de loop van het onderzoek zijn ook enkele veranderingen opgetreden in de manier van functioneren van de interne school-SKZ. Er is een andere organisatiestructuur ontstaan. Inhoudelijke beslissingen over school en onderwijs van de opgenomen kinderen worden - anders dan bij de aanvang van het onderzoek - besproken door het gehele educatieve therapieteam. Dit gebeurt in de vorm van regelmatige leerlingbesprekingen en anticipatie op kindgericht stafoverleg. Langdurige meningsverschillen tussen de leerkrachten en medewerkers van andere disciplines over het te volgen beleid bij kinderen komen bij afsluiting van het onderzoek niet meer voor.

Ten aanzien van deze inhoudelijke en organisatorische veranderingen kan geen directe causale relatie aangetoond worden met het geëxpliciteerde behandelingsconcept. Door de leden van het educatieve therapieteam wordt dit concept wel als een ondersteuning ervaren.

Het onderzoek heeft ook nieuwe vragen opgeworpen voor de kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek van Sophia Kinderziekenhuis.

- Wisseling van strategie vindt nu vooral plaats nadat de leerkracht aangeeft dat bepaalde doelen bereikt zijn. Zou het leiden tot een gerichter en efficiënter behandelingsproces wanneer het gebruik van een bepaalde strategie van te voren aan een te verwachten termijn wordt gekoppeld?
- Het behandelingsplan van de interne school-SKZ wordt op dit moment geordend aan de hand van behandelingsdoelen voor het kind. Moet het behandelingsconcept ook een meer systematische plek krijgen in het formulier voor het behandelingsplan?
- Kan analoog aan het schema voor educatieve therapie de inbreng van leefgroep en individuele therapie bij het veranderingsproces van het kind op de interne school geformuleerd worden?
- Is het mogelijk om een conceptueel kader te formuleren voor het totaal van de residentiële behandeling?

### *10.1.3 De bredere theoretische context*

In de oorspronkelijke onderzoekscontext is de keuze gemaakt om naast de theorievorming per kind ook het behandelingsaanbod te gaan systematiseren. De aanname dat theorieën over kindkenmerken en theorieën over behandeling relatief onafhankelijk van elkaar beschreven kunnen worden is achteraf al terug te vinden in het eerste werkmodel dat voor de interne school-SKZ beschreven werd (Van Doorn, Verheij, 1988). In dit werkmodel werd een onderscheid gemaakt tussen kindgebonden factoren en schoolgebonden factoren. De expliciete combinatie van beide invalshoeken wordt niet algemeen gehanteerd bij theorievorming over en onderzoek naar behandelingsvormen. De aandacht voor het wetenschappelijk te verantwoorden behandelingsproces blijft relatief beperkt (Ruyssenaars, 1995). Impliciete ordeningsmodellen voor behandeling worden normaal gevonden. In overzichtsartikelen betreffende onderzoek naar residentiële behandeling van kinderen en jeugdigen komt duidelijk naar voren dat uitwerking van de behandelingscomponent in onderzoeken nauwelijks aan de orde is (Pfeiffer, Strzelecki, 1990; Shirk, Russel, 1992). Pfeiffer en Strzelecki constateerden dat bij 80% van de door hen beschreven onderzoeken naar andere therapievormen dan gedragstherapie controle op behandelingsintegriteit ontbrak. Een behandelingshandleiding of regelmatige controle op de uitvoering van behandeling was niet aan de orde.

De overaccentuering van theorievorming over kindkenmerken leidt er toe dat overdracht van kennis over behandeling vaak gebeurt in de vorm van casusbesprekingen en met verwijzingen naar persoonlijke kwaliteiten van behandelaars in plaats van naar een geformaliseerd kennisbestand. Lewis (1969) bijvoorbeeld concludeerde bij zijn beschrijving van het project RE-ed dat het succes van de behandeling afhankelijk was van persoonlijke kwaliteiten van individuele leerkrachten. Silver en Hagin (1990) gaven expliciet aan dat er geen uniform produkt ter remediatie te formuleren valt, vanwege de grote variatie tussen kinderen met leerproblemen.

Wanneer in onderzoek gezocht wordt naar overstijging van het  $N = 1$  niveau, gebeurt dat vaak in de vorm van effectonderzoek. Kennis over en onderzoeksmethodologie voor het vastleggen van individuele veranderingen bij kinderen is veel verder ontwikkeld dan kennis over en onderzoeksmethodologie voor beschrijving van behandeling. De noodzaak van onderzoek naar conceptualisatie van bestaande complexe behandelingsvormen naast effectonderzoek is regelmatig aangegeven (Kazdin, 1988; Pfeiffer, Strzelecki, 1990; Wells, 1991; Shirk, Russel, 1992; Donker, 1994). Onderzoek naar conceptuele kaders voor complexe behandelingsvormen wordt echter nauwelijks uitgevoerd, omdat beschrijvend onderzoek naar bestaande vormen van behandeling niet te verwezenlijken is binnen de methodologische beperkingen van het traditioneel wetenschappelijk hypothesetoetsend onderzoek (Veerman, 1985). Een consequentie daarvan is dat behandelingsvormen die wel onderzocht werden geen goede afspiegeling van de klinische praktijk vormen (Shirk,

Russel, 1992). Projecten waarbij vormgeving van behandelingsfuncties in de praktijk centraal stonden bleken nauwelijks te leiden tot theoretische en empirische onderbouwing (Bijl, Van den Bogaart, 1992). In de praktijk nieuwe behandelingsvormen uitproberen is gemakkelijker dan het expliciteren van het denken achter die behandelingsvormen. De wetenschappelijke traditie ontbreekt om in de praktijk gebruikte behandelingsvormen empirisch (geënt op daadwerkelijke behandelingsprocessen) en theoretisch (systeem van denkbeelden ter verklaring van waargenomen verschijnselen) te onderbouwen.

Verheij (1993, 1995) beschreef en illustreerde dat de kinderpsychiatrische behandelingspraktijk in de laatste twintig jaar steeds verder is gesystematiseerd. In de praktijk zijn diverse beschrijvingen van behandelingsmodellen ontstaan, die gebaseerd zijn op ervaringskennis en die geformuleerd zijn zonder dat daar gerichte onderzoeksactiviteiten aan vooraf gegaan zijn (Verheij, Van Loon, 1989; Van der Schee, 1992). Hiermee wordt geprobeerd om tegemoet te komen aan de vraag om ontwikkeling van eisen stellende documenten (Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid, 1994). Er worden ook pogingen gedaan om vanuit een theoretisch kader tot protocollering van behandeling te komen (Van Vlijmen, Van der Velpen, 1993; Van Vlijmen, 1994)

Bij het onderzoek naar educatieve therapie is gezocht naar een empirische en theoretische onderbouwing van een bestaande behandelingsvorm. Daarbij is de aanname gehanteerd dat er een directe lijn bestaat tussen theorievorming over individuele kinderen, organisatiekenmerken en behandelingsconcept. Wisselen van analyseniveau en formuleren van contrasten tussen verschillende onderzoekscontexten vormen de middelen waarmee deze directe lijn expliciet gemaakt is. In de loop van het onderzoek is toenemend duidelijk geworden hoe wisselingen van analyseniveau en van context kunnen leiden tot het expliciteren van een behandelingsconcept. Met wisselingen van analyseniveau wordt een stapsgewijze overgang van  $N = 1$  naar behandelingsconcept bedoeld. Vanuit het circuit van overleg en verslaglegging kan een beschrijving gegeven worden van het behandelingsproces van een kind. Uit deze beschrijving worden opvattingen over behandeling afgeleid. Deze opvattingen worden omgezet in een algemeen en consistent behandelingsconcept. Met deze stapsgewijze overgang van  $N = 1$  niveau naar behandelingsconcept worden theorieën over kindkenmerken uit de beschrijving van de behandeling gefilterd. Wanneer een behandelingsconcept meer expliciet is geworden, wordt het toenemend mogelijk om vanuit organisatiekenmerken opvattingen over een behandelingsconcept te destilleren. Zo is het in de loop van het onderzoek naar educatieve therapie toenemend gelukt om verschillende behandelingscontexten qua organisatievorm met elkaar te vergelijken, omdat aspecten van het behandelingsconcept duidelijk geworden waren bij de onderzoeksactiviteiten op  $N = 1$  niveau. Vanuit de contrasten tussen verschillende organisaties kunnen nieuwe kenmerken worden geformuleerd. In deze fase is het nog steeds mogelijk om bij twijfel of onduidelijkheid binnen elke specifieke

context terug te gaan naar vergelijking op  $N = 1$  niveau.

Expliciteren van de ordening achter een bestaande behandelingsvorm via de beschreven manier van werken is alleen mogelijk indien:

- het systeem van overleg en verslaglegging voldoet voor de beschrijving van behandelingsprocessen;
- de bestaande manier van werken over langere tijd stabiel en systematisch is;
- de onderzoeker ervaring heeft met het hanteren van de werkvorm waarvoor een behandelingsconcept beschreven moet worden.

Aan al deze voorwaarden is voldaan in het onderzoek naar educatieve therapie.

De specifieke kenmerken van de oorspronkelijke onderzoekscontext zijn daarmee optimaal benut voor het hier beschreven onderzoek.

- In dit onderzoek is gezocht naar een empirische en theoretische onderbouwing van een bestaande manier van werken zonder dat daarbij teruggevallen kon worden op vaststaande onderzoeksmethodologieën of protocollen. Er is gebruik gemaakt van inzichten vanuit evaluatie onderzoek (Miles, Huberman, 1984; Guba, Lincoln, 1988) en van ervaringen in de sociologische onderzoekswereld (Glaser, Strauss, 1967; Wester, 1987). Geen enkele methode is echter onverkort toegepast. Ideeën en methoden werden gebruikt en/of aangepast vanuit de onderzoeksvragen en het geformuleerde kennisdoel. Uitgangspunt is daarbij steeds geweest dat resultaten en methoden openbaar moesten zijn. Daarmee onderscheidt het onderzoek zich van willekeurige informatieverzameling (Swanborn, 1989). De genomen onderzoeksbeslissingen en gebruikte onderzoeksmethoden vormen geen uiteindelijk antwoord. De ervaringen in dit onderzoek kunnen wel bijdragen aan de opbouw van een andere onderzoekstraditie die het mogelijk moet maken om te komen tot conceptualisatie van bestaande behandelingsvormen.

## 10.2 Klinieken en kliniekscholen

### 10.2.1 Opnamebeleid

Aan dit onderzoek is meegewerkt vanuit vijftien kinderpsychiatrische klinieken in Nederland. Uit de gesprekken met praktijkwerkers in deze instellingen is gebleken dat er sprake is van aanzienlijke verschillen tussen de verschillende klinieken in de gehanteerde indicaties en contraïndicaties voor opname. Contraïndicaties worden meestal niet eenduidig en op een algemeen niveau geformuleerd. Soms zijn contraïndicaties dermate impliciet dat alleen naar aanleiding van praktijkvoorbeelden van de onderzoekster opgemerkt werd dat een dergelijk kind niet zou worden opgenomen. Bij het goedkeuren van de samenvattingen achteraf zijn uitspraken over contraïndicaties meestal afge-

zwakt. Er bestaat een duidelijke voorkeur voor het maken van een afweging bij iedere nieuwe aanmelding boven de formulering van enkele algemene indicaties en contraïndicaties voor opname in de eigen kliniek. In een aantal klinieken zijn contraïndicaties voor opname genoemd waarbij kindkenmerken centraal stonden (bijvoorbeeld heftige acting-out of onvoldoende egocontrole). Op andere momenten of in andere gesprekken zijn behandelingskenmerken genoemd als contraïndicaties (bijvoorbeeld kinderen die niet in een groep kunnen functioneren of niet iedere dag naar school kunnen gaan).

Bij de gesprekken met medewerkers van de klinieken en kliniekscholen vormden de (onvoldoende geëxpliciteerde) verschillen in patiëntengroepen een struikelblok voor gezamenlijke meningsvorming. De verschillen in patiëntengroepen, die nauwelijks formeel bevestigd zijn, beperken de geldigheid van iedere algemene uitspraak over residentiële behandeling in kinder- en jeugdpsychiatrische klinieken.

Dit beeld is niet typisch voor de bezochte kinder- en jeugdpsychiatrische klinieken, maar kan vanuit de literatuur ook beschreven worden voor andere instellingen voor (semi-)residentiële behandeling van kinderen met ernstige emotionele en/of gedragsproblemen. Plaatsende instanties geven aan dat (semi-)residentiële instellingen meer informatie zouden moeten verschaffen over het hulpaanbod dat ze in huis hebben en welk probleemgedrag ze wel en niet kunnen hanteren (Knorth, 1992).

Indicatiestelling vindt vaak uitsluitend plaats op grond van analyse van de problematiek en achtergronden van de cliënt (alleen op kindkenmerken). Een inhoudelijke matching van behandelingskenmerken en kindkenmerken is in de hulpverlenende praktijk vaak moeilijk te maken, omdat een systematisch en expliciet kennisbestand over behandelingskenmerken ontbreekt (Wells, 1991; Faas, 1993). De kritische dimensies van residentiële behandeling moeten nog geschetst worden constateerden Pfeiffer en Strzelecki (1990) op grond van een overzicht van onderzoeken naar residentiële behandeling.

- Idealiter is een aanmelding er op gericht om vanuit een goede beschrijving van kindkenmerken te zoeken naar een inhoudelijke matching op behandelingskenmerken. Dit vraagt van de hulpverlenende instelling dat de eigen behandelingskenmerken op zijn minst bekend zijn en waar mogelijk systematisch en volledig beschreven worden. Het formuleren van een behandelingsconcept zoals dat voor educatieve therapie voorziet in een behoefte in de klinische praktijk aan systematische informatie over het hulpaanbod van een opnemende instelling.

### 10.2.2 Organisatievorm

#### *Een behandelingsconcept als basis*

Het niveau waarop behandelingsmogelijkheden door de gesprekspartners uit de kinder- en jeugdpsychiatrische klinieken en de kliniekscholen expliciet gemaakt kunnen worden, verschilt van instelling tot instelling. In sommige gesprekken moet worden volstaan met voorbeelden van concrete kinderen, binnen andere klinieken en kliniekscholen is een min of meer uitgewerkte visie op de plaats van school binnen de residentiële behandeling aanwezig. Organisatievorm en/of type speciaal onderwijs worden meestal verklaard vanuit een historisch gegroeide situatie of vanuit de regelgeving van het Ministerie van OCW en slechts in een aantal gevallen vanuit een de keuze voor een bepaald behandelingsconcept.

Duidelijkheid over het behandelingsconcept van (semi-)residentiële instelling en interne school ten aanzien van het schools functioneren van de opgenomen kinderen is om een aantal redenen gewenst.

Een eerste argument voor een expliciet behandelingsconcept is dat het een kader schept op  $N = 1$  niveau voor integratie van kennis vanuit verschillende disciplines. Er wordt, wanneer die integratie ontbreekt, een groot beroep gedaan op de intuïtieve kennis en de vaardigheden van individuele leerkrachten. De leerkracht zal in die situatie de kindgerichte stafbesprekingen van de residentiële instelling bijwonen. Vervolgens is de leerkracht zelf verantwoordelijk voor de vertaling van die bespreking naar handelen en behandelingsplanning op school. Een expliciet behandelingsconcept voor school maakt duidelijk op welke manier de behandeling van de emotionele en/of gedragsproblemen toegespitst kan worden op de schoolse context. Een terecht beroep van de leerkracht op deskundigheid vanuit andere disciplines kan daarmee omgezet worden in gerichte vragen aan specifieke deskundigen.

Een tweede argument voor een expliciet behandelingsconcept is dat het een inhoudelijk kader schept voor de samenwerking tussen (semi-)residentiële instelling en interne school. Impliciete verschillen in visie op de relatieve autonomie van een interne school ten opzichte van de (semi-)residentiële instelling kunnen leiden tot langdurige conflicten. In de afgelopen jaren zijn een aantal van die conflicten uitgebreid in het nieuws geweest (Volkskrant, 1983; Westerhof, 1991; Volkskrant, 1992; Volkskrant, 1993; Westerhof, 1993). In de meeste gesprekken met medewerkers van klinieken en kliniekscholen is de relatieve autonomie van school genoemd als onderwerp van een (eventueel afgesloten) machtsstrijd. Een expliciet behandelingsconcept levert inhoudelijke argumenten voor een dergelijk beladen onderwerp.

Een derde argument voor een expliciet behandelingsconcept is dat zo'n concept een inhoudelijke fundering kan bieden voor een vergoedingstelsel. In de praktijk krijgt een aantal scholen verbonden aan kinder- en jeugdpsychiatrische klinieken extra formatie toegekend op grond van hun specifieke situatie. Op grond van financiële motieven zijn deze ad-hoc voorzieningen

sinds 1 augustus 1994 gehalveerd. Op verzoek van de Ministeries van OCW en WVS formuleert het landelijk beraad kinder- en jeugdpsychiatrie van de Nederlandse Zorgfederatie inmiddels welke faciliteiten nodig zijn voor onderwijs aan kinder- en jeugdpsychiatrische patiënten. Een inhoudelijke ordening van bestaande praktijken zou daarbij een rol moeten spelen.

- Een expliciet behandelingsconcept biedt een inhoudelijke ordening ten behoeve van multidisciplinaire samenwerking, organisatorische keuzen en een vergoedingenstelsel.

### *Verskillende modellen*

Vanuit het onderzoek kan achteraf een ordening aangebracht worden in verschillende visies op schools leren in het kader van een (semi-)residentiële behandeling. De verschillende visies (school als conflictvrij onderdeel, de klas als leefgroep en educatieve therapie) worden achtereenvolgens besproken. Het onderscheid dat gemaakt wordt tussen de klas als leefgroep en educatieve therapie kon voorafgaand aan het onderzoek alleen aangegeven worden in termen van organisatiekenmerken of in termen van individuele behandelingsprocessen. Het onderscheid in achterliggende visie is een onderzoeksresultaat.

### *De school als conflictvrij levensdomein*

Schools functioneren is lange tijd een belangrijk maar genegeerd aspect geweest van de behandeling van kinderen met ernstige emotionele en/of gedragsproblemen (Kazdin, 1988). Ook recent wordt in een aantal handboeken voor residentiële behandeling van kinderen in de basisschoolleeftijd onderwijs niet als apart onderwerp besproken (bijvoorbeeld Schaefer, Swanson, 1988; Robson, 1994). Vanuit die visie is schoolgang een relatief conflictvrij aspect van het dagelijks leven. Opgenomen kinderen bezoeken een school voor basisonderwijs of voor speciaal onderwijs in de omgeving.

Een dergelijke visie werd in dit onderzoek door geen van de gesprekspartners uit de kinder- en jeugdpsychiatrische klinieken en kliniekscholen onderschreven. Slechts in één kliniek was de echo van deze visie nog terug te vinden. Bij opzet en organisatie van het behandelingsmilieu werd er vanuit gegaan dat alle opgenomen kinderen in staat waren om dagelijks een school in de omgeving te bezoeken. In deze kliniek werd gezocht naar een organisatievorm waarin dit uitgangspunt verlaten kan worden.

### *De klas als leefgroep*

Wanneer onderwijs expliciet besproken wordt in het kader van een (semi-)residentiële behandeling wordt meestal uitgegaan van het 'psycho-educational model' (Lyman, Prentice-Dunn, Gabel, 1989). Kern van de aanpak is het functioneren van de klas als een alternatieve leefgroep. De emotionele en/of gedragsproblemen staan centraal. De schoolse context is één van de plaatsen waar gestalte gegeven wordt aan de bredere behandeling voor het kind met ernstige emotionele en/of gedragsproblemen. De schoolse context is in eerste

instantie gericht op het versterken van de algemene behandelingseffecten. Daarnaast is het verzamelen van diagnostische informatie over schools gedrag en prestaties en het continueren van een lopend leerproces tijdens de opname van belang (Dalton, Forman, 1992; Geelhoed, Vieijra, 1988). Aan de aanpak van het kind en de inrichting van de onderwijs-leersituatie wordt vorm gegeven naar de ideeën van onder andere Bettelheim (Bettelheim, 1948, 1950; Bettelheim, Sanders, 1979) en Redl en Wineman (1963).

Dagelijks schoolbezoek en oplossen van alle voorkomende problemen binnen de schoolse context zijn een logische consequentie van deze keuze. In Amerikaanse beschrijvingen van interne scholen volgens dit model bezoeken de opgenomen kinderen elke dag de school. De leerkracht wordt in de klas bijgestaan door leefgroepmedewerkers. Daarmee wordt een volwassene-kind ratio mogelijk van één volwassene op vier kinderen. Er is een time-out ruimte naast de klaslokalen aanwezig. Van de kinderen wordt gevraagd om te participeren in een groepsproces. Creatieve vakken en excursies vormen een belangrijk onderdeel van het lesprogramma (Blotcky, Lichtenstein, 1986; Lewis, Lewis, 1989; Cavalluzzo, 1991; Zimet, Imhoff, 1991; Dalton, Forman, 1992).

De interviews beschouwend is duidelijk dat in de gesprekken met medewerkers van kinder- en jeugdpsychiatrische klinieken en kliniekscholen het meest is gesproken over een behandelingscontext waarin de klas als alternatieve leefgroep wordt gehanteerd. Daarbij zijn twee uitersten ter sprake gekomen.

Een kliniek kan samenwerken met een school voor speciaal onderwijs met een regionale opvangfunctie voor kinderen met ernstige emotionele en/of gedragsproblemen. De opgenomen kinderen moeten dan in te passen zijn in een onderwijsmodel waarin ook kinderen functioneren waarvoor een opname in een residentiële instelling niet noodzakelijk is. In die situatie is extra formatie noodzakelijk voor een leerlingbegeleider die zorg draagt voor een regelmatige informatieuitwisseling tussen school en instelling op N = 1 niveau.

Het andere uiterste wordt gevormd door een exclusieve samenwerkingsrelatie tussen kliniek en interne school. Op deze interne scholen wordt gewerkt met een groep kinderen die alleen onder speciale omstandigheden hele dagen op school te handhaven is naast een groep kinderen die inmiddels op een externe school goed zou kunnen functioneren. Alleen voor die eerste subgroep zal extra ondersteuning noodzakelijk zijn. In de Amerikaanse modellen worden de leerkrachten daarom bijgestaan door leefgroepmedewerkers die medeverantwoordelijk zijn voor de gedragsregulatie van de kinderen en die assisteren bij onderwijsactiviteiten. In Nederland is extra versterking vaak aanwezig in de vorm van een klasse-assistent.

### *De educatieve therapie*

Het methodisch hanteren van het leefklimaat en de relatievorming in de leefgroep vormen de kern van de (semi-)residentiële behandeling van het kind



met ernstige emotionele en/of gedragsproblemen (Verheij, 1989e). Educatieve therapie is geen verlenging van deze milieutherapie. Binnen de schoolse context staat een eigen toegevoegde doelstelling centraal. Adequaat schoolsgedrag en presteren worden alsnog of opnieuw van de grond af opgebouwd om plaatsing in een vorm van onderwijs in overeenstemming met de mogelijkheden van het kind mogelijk te maken. Wanneer plaatsing op een externe school voor basis- of speciaal onderwijs mogelijk is geworden, wordt educatieve therapie als behandelingsmodel voor dat specifieke kind verlaten en is er in het verdere behandelingsproces sprake van school als een conflictvrij levensdomein.

Educatieve therapie is bedoeld voor kinderen die niet in een klas kunnen functioneren, omdat dit de gang van zaken voor de andere kinderen in de klas te zeer verstoort. Daarnaast komen kinderen in aanmerking voor educatieve therapie waarbij op grond van hun emotionele en/of gedragsproblemen niet duidelijk is wat hun maximale niveau van presteren op school zou kunnen zijn. Ook kinderen met ernstige emotionele en/of gedragsproblemen waarbij nooit een lopend schoolse leerproces is ontstaan kunnen profiteren van het behandelingsaanbod bij educatieve therapie. Bij veel kinderen die educatieve therapie krijgen is sprake van een combinatie van de drie genoemde problemen.

Een gefaseerde opbouw van frequentie en duur van schoolbezoek is een voorwaarde voor de uitvoering van educatieve therapie. Vanuit verschillende kliniekscholen wordt verslag gedaan van de mogelijkheid van aanpassen van groepsgrootte en lestijden (Deinum, De Jong, 1992; Termaat, 1993; Wolf, 1993). In dit onderzoek komt naar voren dat kliniekscholen waarbij geen fasering van schoolbezoek mogelijk is regelmatig met extreme situaties worden geconfronteerd waarvoor ad hoc oplossingen worden gezocht. Wanneer een (semi-)residentiële instelling en de daarbij behorende interne school geen mogelijkheid hebben om duur en frequentie van schoolbezoek aan te passen aan de problematiek van een individueel kind, zal een subgroep van kinderen met de meest ernstige emotionele en/of gedragsproblemen niet opgenomen worden.

Een kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek moet een voorziening zoals educatieve therapie kunnen aanbieden of aangeven dat voor een subgroep van kinderen met een combinatie van ernstige emotionele en/of gedragsproblemen geen optimaal behandelingsaanbod beschikbaar is. Van klinieken die educatieve therapie als voorziening aanbieden mag verwacht worden dat ze dat met een expliciet behandelingsconcept en een logisch daaruit voortvloeiende organisatiestructuur waar kunnen maken.

- Vanuit dit onderzoek kan een onderscheid gemaakt worden tussen verschillende organisatievormen van schoolse opvang in het kader van een (semi-)residentiële behandeling van kinderen met ernstige emotionele

en/of gedragsproblemen:

- plaatsing op een vorm van onderwijs in de omgeving;
- opvang binnen een 'eigen' school voor speciaal onderwijs om praktische redenen (nabijheid, frequente informatieuitwisseling);
- opvang op een interne school gericht op de bredere behandelingsdoelstellingen (de klas als leefgroep);
- educatieve therapie als expliciet en separaat onderdeel van de (semi-) residentiële behandeling gericht op plaatsing op een externe school in overeenstemming met de mogelijkheden van het kind (behandeling in een schoolse context).

Vanuit een keuze voor één van de modellen of een mogelijke combinatie kan een daarmee samenhangend geheel van behandelingskenmerken worden geformuleerd waardoor een inhoudelijke matching van kindkenmerken en behandelingscontext mogelijk wordt.

### 10.3 Conceptueel kader

Bij de aanvang van het onderzoek naar een behandelingsconcept voor educatieve therapie was nog niet duidelijk uit welke elementen een behandelingsconcept zou bestaan. Vooraf was alleen geformuleerd dat het behandelingsconcept een soort lege schilprogramma zou moeten zijn dat als ordeningsmodel kon dienen bij de behandelingsplanning van onderling zeer verschillende kinderen en waarin diverse theoretische oriëntaties een plaats zouden krijgen.

- Vanuit het onderzoeksresultaat kan inmiddels geformuleerd worden dat het behandelingsconcept voor educatieve therapie bestaat uit een ordening van verschillende strategieën en verschillende domeinen van beïnvloeding.

Het behandelingsconcept voor educatieve therapie is daarmee gekarakteriseerd als een metacognitieve ordening van het behandelingsproces. Het bewust toepassen en bewaken van verschillende strategieën binnen een specifieke context staat centraal. Vanuit geheugenonderzoek is bekend dat het aanleren en toepassen van specifieke strategieën voorafgaat aan het bewust keuzen maken voor één van de beschikbare strategieën (Lawson, 1980). De ontwikkeling van het behandelingsconcept voor educatieve therapie (impliciet toepassen van strategieën - expliciteren van de verschillende strategieën via dit onderzoek - bewust kiezen, evalueren en bijstellen in de toekomst) vertoont eenzelfde opbouw.

In subhoofdstuk 10.3 wordt beschreven in hoeverre het conceptuele kader te herkennen is in bestaande beschrijvingen van behandelings- of schoolconcepten.

### *10.3.1 Behandelingsconcept*

#### *Strategieën*

In handboeken over (semi-)residentiële behandeling van kinderen met ernstige emotionele en/of gedragsproblemen (Bettelheim, 1950; Schaefer, Swanson, 1988; Lyman, Prentice-Dunn, Gabel, 1989; Henren, Berlin, 1991; Dalton, Forman, 1992; Robson, 1994) wordt het planmatig onderscheid tussen de strategieën ondervangen, veranderen en aanpassen niet systematisch beschreven. Er is wel een aantal beschrijvingen van bestaande behandelingsvormen beschikbaar waarin impliciet verschillende strategieën of voorlopers daarvan worden onderscheiden (Forness, 1983; Small, Kennedy, Bender, 1991; Van der Schee, 1992). De strategieën of voorlopers daarvan worden meestal beschreven in termen van kind- of organisatiekenmerken. Het betreft steeds de beschrijving van langdurige en intensieve behandeling van problemen met een meervoudig karakter. In gesprekken met medewerkers van kinderpsychiatrische klinieken in de Verenigde Staten werd onderstreept dat een gerichte en planmatige beïnvloeding (zoals beschreven in het behandelingsconcept voor educatieve therapie) alleen verwezenlijkt kan worden in het kader van een langdurige (meerjarige) behandeling.

Forness (1983) beschreef het diagnostische model van een school verbonden aan een kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek in de Verenigde Staten. In het model worden een eerste en een tweede fase onderscheiden. De eerste fase vertoont gelijkenis met de eerste strategie die in het schema geformuleerd is. De tweede fase is een samenvoeging van wat in het schema als een aparte tweede en derde strategie is geformuleerd. De uitsplitsing in twee aparte strategieën (veranderen van het kind versus het kind leren aanpassen aan de eisen van een externe school) werd in dit onderzoek in hoofdstuk 4 al als een noodzaak ervaren en in hoofdstuk 7 door de leerkrachten van de interne school-SKZ als onvermijdelijk geformuleerd. In de werksituatie van Forness kan de waarde van deze toevoeging niet meer beoordeeld worden, omdat in het kader van de strenge bezuinigingen op voorzieningen in de volksgezondheid inmiddels alleen nog maar sprake is van opnamen van enkele weken, zodat het hele model verlaten is (persoonlijke communicatie, juni 1993).

Small, Kennedy en Bender (1991) beschreven hun ervaringskennis, opgebouwd in een residentiële instituut voor kinderen met een combinatie van ernstige emotionele en/of gedragsproblemen en leerstoornissen. In het artikel wordt een eerste fase van behandeling onderscheiden waarin gedragsregulering en het bieden van een regelmatige, veilige leefomgeving centraal staan in alle behandelingsmilieus. Daarna wordt de overstap gemaakt naar herstel van ontwikkelingsvoortgang. Daarmee wordt impliciet een tweede strategie zoals omschreven in het schema onderscheiden. In dit artikel wordt geen melding gemaakt van een derde strategie gericht op herintegratie bij de maatschappij.

De beschrijving van Verheij en Van Loon (1992) van basiselementen van behandeling kan ook op die manier worden opgesplitst. Vermijden en/of afbreken van activiteiten die angst oproepen vallen dan onder de ondervan-

gingsstrategie. Bevorderen van activiteiten die de ontwikkeling stimuleren valt dan evenals het gericht beïnvloeden van specifieke emotionele en/of gedragsproblemen onder de behandelingsstrategie.

Van der Schreef (1992) beschreef de behandelingsvisie van een instelling voor zeer intensieve behandeling van jeugdigen. In deze behandelingsvisie zijn de drie strategieën terug te vinden in de organisatiekenmerken. Er wordt een instroomgroep onderscheiden, waarin ondervangen centraal staat, een doorstroomgroep, die gekenmerkt wordt als een leerfase en een uitstroomgroep, waarin de overstap naar de maatschappij centraal staat.

- Het onderscheid tussen de strategieën ondervangen, behandelen en aanpassen, die op verschillende momenten in het veranderingsproces van het kind aan de orde komen, is vanuit een aantal instellingen voor residentiële behandeling van ernstige emotionele en/of gedragsproblemen beschreven. De strategieën hebben waarschijnlijk een bredere geldigheid dan alleen voor educatieve therapie.

#### *Domeinen van beïnvloeding*

Educatieve therapie onderscheidt zich van andere onderdelen van het (semi-)residentiële behandelingsmilieu doordat de drie strategieën worden toegepast op drie verschillende domeinen van beïnvloeding die gekoppeld zijn aan een schoolse context (inrichting van de onderwijs-leersituatie; de leerkracht-leerlingrelatie; reacties en emoties van het kind wat betreft het functioneren op school).

Planmatig aandacht besteden aan de inrichting van de onderwijs-leersituatie is niet bij alle vormen van onderwijs voor kinderen opgenomen in een (semi-)residentiële instelling voor de behandeling van ernstige emotionele en/of gedragsproblemen vanzelfsprekend. Een aantal problematische kinderen bezoekt in naam de interne school of educatieve therapie. De manier waarop dit schoolbezoek wordt ingevuld typeert dit bezoek echter als een vorm van activiteitentherapie. Het leren functioneren in een groep of het verwerven van creatieve vaardigheden of van een betere sociale redzaamheid staat centraal, niet het verwerven van (voorwaarden voor) schoolse kennis. Ook wordt in een aantal instellingen geaccepteerd dat een kind langdurig verblijft in een schoolse context, zonder dat er sprake is van een gerichte en planmatige opbouw van (voorwaarden voor) het verwerven van technische basisvaardigheden zoals lezen, spellen en rekenen. Een dergelijke situatie werd door gesprekspartners in diverse klinieken en kliniekscholen getypeerd als 'parkeerbeleid' of 'met het konijn op schoot'. Beide keuzen zijn strijdig met het behandelingsconcept zoals dat is geformuleerd voor educatieve therapie, maar passen wel in een behandelingsconcept waarin de klas als leefgroep wordt gehanteerd.

In de meeste kliniekscholen wordt niet systematisch aandacht besteed aan de strategie die de leerkracht hanteert om het kind tot prestaties te laten komen. De vanzelfsprekendheid van een beschermde schoolse opvang (onder-

vangen) gedurende de gehele opnameperiode is groot. Bij educatieve therapie wordt echter de voorkeur gegeven aan een begeleide terugkeer naar een externe school nog tijdens de (semi-)residentiële opname. Een snelle terugkeer naar een externe school past binnen het huidige streven naar geïntegreerd onderwijs (Doornbos, 1992a). Bovendien wordt hiermee het belang onderstreept van een goede schoolplaatsing voor het functioneren van het kind na afloop van de (semi-)residentiële behandeling.

In een aantal klinieken en kliniekscholen staat centraal dat het kind een persoonlijke en affectieve relatie opbouwt met de leerkracht. Dit past binnen een behandelingsconcept waarin de klas als leefgroep wordt gezien. In de gesprekken met praktijkwerkers in diverse kliniekscholen werd regelmatig onderstreept dat het voor leerkrachten niet werkbaar is, wanneer deze basis voor een veranderingsproces ontbreekt. Deze visie op de rol van de leerkracht bij kinderen met ernstige emotionele en/of gedragsproblemen is ook in de literatuur terug te vinden. Een uitgesproken voorbeeld daarvan is het project Re-ed waarin leerkrachten voor de opgenomen kinderen ook functioneren als leefgroepmedewerkers (Lewis, 1969; Lewis, Lewis, 1989).

Bij educatieve therapie wordt de specifieke rol van de leerkracht toegespitst op een veranderingsproces dat inpassing in een externe vorm van onderwijs mogelijk moet maken. Het kind leert om een functionele leerkracht-leerlingrelatie te hanteren, waarbij de opdrachtsituatie centraal staat. Daarmee wordt het mogelijk om een schoolse leerproces te starten en te continueren terwijl de emotionele en/of gedragsproblemen nog niet zijn opgelost. Deskundigen met ervaring in de aanpak van leerproblemen vanuit een psychotherapeutisch kader benadrukken het belang van een specifieke leerkracht rol die anders ingevuld wordt dan een therapeutenrol (Rothstein, Benjamin, Cosby, Eisenstadt, 1988).

Een leerkracht is niet opgeleid voor een neutrale invulling van de leerkracht-leerlingrelatie, zoals beschreven in het behandelingsconcept voor educatieve therapie. Ervaring met kinderen met ernstige emotionele en/of gedragsproblemen en ondersteuning van/reflectie op het handelen van de leerkracht door iemand die bekend is met de problematiek van het kind zijn noodzakelijk. Ook moet duidelijk zijn welke volwassenen wel een persoonlijke band met het kind opbouwen en hoe hierop kan worden aangesloten. Ondersteuning van de leerkracht en bekendheid met alle verschillende milieus waarin het kind functioneert zijn daarmee voorwaarden. Opbouw van een neutrale leerkracht-leerlingrelatie met een kind met ernstige emotionele en/of gedragsproblemen zal daarom vooral plaatsvinden in een (semi-)residentieel behandelingsmilieu.

Een adequate inrichting van de onderwijs-leersituatie en een planmatige hantering van de leerkracht-leerlingrelatie zijn niet voldoende voor een gerichte beïnvloeding van het kind met ernstige emotionele en/of gedragsproblemen op school (Licht, 1983). Reactiepatronen en cognities van het kind die interfereren met het opbouwen van een positief en waarheidsgetrouw zicht op

het eigen functioneren moeten gericht beïnvloed worden. Daarbij zal de behoefte van het kind aan autonomie en aan competentie een belangrijke rol spelen (Stevens, 1992). Een intuïtieve aanpak (een aanpak die niet op begrip-denken en redenering berust, Van Dale, 1992) van dit beïnvloedingsproces zal waarschijnlijk niet volstaan, omdat de kinderen die in aanmerking komen voor educatieve therapie weinig beïnvloedbaar zijn vanuit een positieve relatie alleen. Gerichte beïnvloeding van emotionele reacties op en denken over presteren op school kan juist in een (semi-)residentiële setting een samenspel zijn tussen de leefgroepmedewerkers, de individugerichte therapeuten en leerkrachten. Wanneer concrete afspraken hierover ontbreken worden de behandelingsmogelijkheden binnen een (semi-)residentiële setting niet optimaal benut.

- Bij educatieve therapie wordt in het kader van de (semi-)residentiële behandeling gestreefd naar plaatsing op een externe school en begeleiding daarvan als onderdeel van de (semi-)residentiële behandeling. Dit maakt een bewuste hantering van strategieën ten aanzien van inrichting van de onderwijs-leersituatie noodzakelijk.
- Bij educatieve therapie wordt een planmatige invulling gegeven aan de relatie tussen kind en leerkracht en van de manier waarop reactiepatronen en cognities van het kind over schools gedrag en functioneren worden beïnvloed. Educatieve therapie is daarmee exclusief bedoeld voor kinderen met ernstige emotionele en/of gedragsproblemen waarbij de verwachting bestaat dat een veranderingsproces wat betreft relatievorming en interactiepatronen niet te verwachten is zonder een gerichte en planmatige beïnvloeding hiervan door de behandelaars.

### *10.3.2 Schoolconcept*

Vertaling van het behandelingsconcept voor educatieve therapie naar het onderwijs is geen vanzelfsprekende zaak. Vanuit verschillende invalshoeken kan dit nader worden toegelicht.

In het onderzoek naar educatieve therapie is naar voren gekomen dat het behandelingsconcept voor educatieve therapie op weerstand stuit bij veel medewerkers vanuit het speciaal onderwijs. Er werden twee soorten bezwaren geformuleerd tegen de beschreven manier van werken.

Een volledig geïndividualiseerd leerproces wordt in veel praktijksituaties niet nagestreefd, zonder dat de haalbaarheid daarbij als eerste argument wordt gehanteerd. De afwijzing van een volledig geïndividualiseerd leerproces is vaak impliciet. Wanneer een kind bijvoorbeeld qua tempo en niveau van leren past in de bestaande leergroep, wordt niet de vraag gesteld of er daarmee voor dit kind ook sprake is van prestaties in overeenstemming met de capaci-

teiten van het kind. Ook het omgekeerde wordt als vanzelfsprekend ervaren. Wanneer een kind qua tempo en niveau van het leren niet past in de bestaande leergroep, wordt vaak gezocht naar overplaatsing naar een andere groep in plaats van naar een individuele aanpak binnen de groep. Bij educatieve therapie komt inpassen in een groep van leeftijdgenoten of in een vaststaande manier van onderwijs pas in een laatste fase van dat veranderingsproces aan de orde.

Veel praktijkmensen in het onderwijs hadden bezwaren tegen de systematische beïnvloeding van het handelen van de leerkracht, zoals die vervat is in het behandelingsconcept. Spontane veranderingsprocessen in een accepterend milieu en op basis van een goede relatie tussen kind en leerkracht hebben bij veel van de gesprekspartners een hoge wenselijkheid. De autonome positie van de leerkracht en/of van de school wordt ook belangrijk gevonden. Bij educatieve therapie wordt gezocht naar een planmatige afwisseling van strategieën op geleide van het veranderingsproces van het kind. Dit kan niet door de leerkracht alleen worden overzien. Ondersteuning van en reflectie op het handelen van de leerkracht is daarmee een belangrijk aspect van educatieve therapie.

- Educatieve therapie wordt gekenmerkt door een volledig geïndividualiseerde aanpak per kind, waarbij niet alleen de prestaties van het kind, maar ook de strategieën die de leerkracht hanteert gericht en systematisch worden beïnvloed. Educatieve therapie bezit daarmee een behandelingsidentiteit die in het speciaal onderwijs geen gemeengoed is.

Hulp met een tijdelijk en remediërend karakter buiten de klas komt in de onderwijspraktijk wel voor, bijvoorbeeld in de vorm van hulpklassen. Hulpklassen zijn bestemd voor kinderen met minder ernstige problemen en hebben een beperkte plaatsingsduur van een jaar. In verslagen over de hulpklas wordt expliciet vermeld dat vanaf de paasvakantie een aparte afbouwfase gehanteerd wordt waarin alle speciale hulp wordt afgebouwd (Van Voorst, Claessens, 1991; Claessens, Van Voorst Van Beest, 1993). Een onderscheid tussen verschillende strategieën is daarmee impliciet ingebouwd in het werk met hulpklassen. Het behandelingsconcept voor educatieve therapie zal waarschijnlijk vertaald kunnen worden naar deze vorm van hulpverlening.

Terugplaatsing vanuit een kernafdeling van het speciaal onderwijs naar het basisonderwijs komt weinig voor (Doornbos, 1992a). In het speciaal onderwijs staat permanente ondervanging van de onmogelijkheden van het kind centraal. In blauwdrukken voor de toekomst van het onderwijsbestel in het kader van het Weer-Samen-Naar-School proces wordt dit expliciet uitgewerkt. Speciaal onderwijs wordt daarin gereserveerd voor die groep kinderen waarbij al voor de schoolgaande leeftijd duidelijk is dat zij permanent op gespecialiseerde zorg zijn aangewezen (Doornbos, 1992b). Binnen de termen die in dit onderzoek in gebruik zijn geraakt betekent dit dat speciaal onderwijs als instituut een definitieve keuze maakt voor een specifieke strategie. Een

wisseling van verschillende strategieën op geleide van het veranderingsproces van het kind is kenmerkend voor de aanpak bij educatieve therapie. Educatieve therapie past daarmee niet binnen het instituut speciaal onderwijs waar permanente opvang en begeleiding centraal staat.

In de blauwdrukken voor een nieuw onderwijsbestel wordt een continuüm van zorg geschetst variërend van licht (zoals tweemaal per week leeshulp) tot zwaar (overplaatsing voor een of twee jaar naar een afzonderlijke vorm van speciaal onderwijs) (Doornbos, 1992c; Appelhof, 1993). Educatieve therapie zou binnen een dergelijk continuüm gezien kunnen worden als de meest zware vorm van hulpverlening. Het behandelingsconcept voor educatieve therapie wordt daarmee relevant voor de onderwijswereld. Aspecten van het behandelingsconcept zullen bruikbaar zijn binnen iedere schoolse opvang met een tijdelijk en remediërend karakter.

- Planmatige opzet van tijdelijke hulpverlening betekent dat verschillende strategieën (aanpassing van de leeromgeving aan het kind, veranderen van kindkenmerken en inpassen van de resultaten zodat hernieuwde integratie in het basis- of speciaal onderwijs mogelijk wordt) in combinatie en ieder op zijn tijd aan de orde zullen komen. De uitwerking hiervan in het behandelingsconcept voor educatieve therapie kan ook zijn vruchten afwerpen voor andere vormen van tijdelijke hulpverlening die in het kader van het Weer Samen Naar School-beleid in de toekomst steeds vaker zullen worden toegepast.



## **Bijlage 1   Afkortingen voor scholen voor speciaal onderwijs**

|               |   |
|---------------|---|
| IOBK-afdeling | afdeling voor in hun ontwikkeling bedreigde kleuters      |
| LOM-school    | school voor kinderen met leer- en opvoedingsmoeilijkheden |
| LZK-school    | school voor langdurig zieke kinderen                      |
| MLK-school    | school voor moeilijk lerende kinderen                     |
| PI-school     | school verbonden aan een paedologisch instituut           |
| ZMLK-school   | school voor zeer moeilijk lerende kinderen                |
| ZMOK-school   | school voor zeer moeilijk opvoedbare kinderen             |



## **Bijlage 2 Overzicht van instellingen die bij het onderzoek betrokken waren**

Afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Juliana Kinderziekenhuis

Kinder- en Jeugdpsychiatrisch Centrum De Mark  
School De Berkenhof

Universitair Centrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie Groningen  
Ziekenhuisschool Groningen

Afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Academisch Ziekenhuis Utrecht  
Prof. Fritz Redlschool

De Ruyterstee, Centrum voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie in het Noorden

Kinder- en Jeugdpsychiatrisch Centrum Het Groene Hart  
Prof. Grewelschool

Academisch Centrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie Curium

Fornhese, afdeling voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Psychiatrisch Centrum  
Zon en Schild

Afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Academisch Medisch Centrum  
Bets Frijlingschool

Centrum voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie Tulpenburg  
Ziekenhuisschool Amsterdam

R.M.P.I., psychiatrisch-psychotherapeutisch centrum voor kind, jeugdige en  
gezin  
R.M.P.I-school

Kinder- en Jeugdpsychiatrisch ziekenhuis De Drie Vennen  
Wijnbergschool

Stichting Psychiatrisch Centrum Welterhof  
School De Buitenhof

Paedologisch Instituut Duivendrecht  
School De Pionier

Kliniek voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie Herlaarhof  
School De Zwengel

Medisch Kinder Tehuis De Krabbebossen  
School De Koperakker

Jeugddorp De Glind  
J.H. Donnerschool

Medisch Kinderhuis Oostvoorne  
Mw Dr C.P. Gelinckschool

Paedologisch Instituut Nijmegen  
PI-school  
Roelant/Berk en Beukschool

# Literatuur

- Adelman, H.S., & Taylor, L. (1983). Enhancing motivation for overcoming learning and behavior problems. *Journal of Learning Disabilities*, 16, 384-392.
- Appelhof, P.N. (1993). Onderwijskundige implicaties van het Weer Samen Naar School-beleid. In N.K. Pameijer, R. Hacou, A.J.C.M. de Jongh & L.W.A. van de Meughevel (Red.), *Weer samen naar school. Op weg naar 1997* (pp. 18-30). Assen: Van Gorcum.
- ARBO, Adviesraad voor het basisonderwijs, speciaal onderwijs en voortgezet speciaal onderwijs (1991). *Omgaan met verschillen. Advies over de ontwikkeling van de groep-twee scholen in het speciaal onderwijs*. Zeist: ARBO.
- Arkes, H.R., & Garske, J.P. (1977). *Psychological theories of motivation*. Monterey, California: Brooks/Cole Publ. Comp.
- Baenen, R.S., Stephens, M.A.P., & Glenwick, D.S. (1986). Outcome in psychoeducational day school programs: A review. *American Journal of Orthopsychiatry*, 56, 263-270.
- Berden, G.F.M.G. (1992). *De ontwikkeling en toepassing van een levensgebeurtenissenvragenlijst en van een levensgebeurtenisseninterview*. Dissertatie. Rotterdam: Erasmus Universiteit.
- Bettelheim, B. (1948). The special school for emotionally disturbed children. *Yearbook of the National Society for the Study of Education*, 47, 145-171.
- Bettelheim, B. (1950). *Love is not enough. The treatment of emotionally disturbed children*. New York: The Free Press.
- Bettelheim, B., & Sanders, J. (1979). Milieu therapy: the orthogenic school model. In S.I. Harrison (Ed.), *Basic Handbook of Childpsychiatry*, Vol. 3: Therapeutic interventions (pp. 216-230). New York: Basic Books.
- Bettelheim, B., & Zelan, R. (1991). *On learning to read, the child's fascination with meaning*. Harmondsworth: Penguin Books.
- Blotcky, M.J., & Lichtenstein, A. (1986). Integration of education in child residential treatment. *Residential Treatment for Children and Youth*, 4 (1), 41-49.
- Bollen, J.S., Hoekman, J., & Kleij, J.E. van der (1994). Ondersteuningswensen en ervaren belasting van gezinnen met een thuis wonend verstandelijk gehandicapt kind. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 33, 195-205.

- Bröker, J., & Heijden, L. van de (1978). *De school in een kinderpsychiatrische kliniek*. Interne Publicatie. Rotterdam: Kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek Sophia Kinderziekenhuis.
- Bronfenbrenner, U. (1987). Een experimentele ecologie van de menselijke ontwikkeling. In W. Koops & J.J. van der Werff (Red.), *Overzicht van de empirische ontwikkelingspsychologie 1. Grondkenmerken van het vak* (pp. 103-119). Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Bruner, J.S. (1963). *The process of education*. New York: Vintage Books.
- Buitelaar, J.K. (1991). *Psychopharmacology of autism*. Dissertatie. Utrecht: Rijksuniversiteit.
- Bijl, B., & Bogaart, P.H.M. van den (1992). Het 'experiment proefpolders': op weg naar een meer adequaat hulpaanbod? *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 33, 106-115.
- Cavalluzzo, V.A. (1991). The educational process as ego enhancement in inpatient settings. In R.L. Henren & I.N. Berlin (Eds.), *Psychiatric inpatient care of children & adolescents a multicultural approach* (pp. 161-175). New York: John Wiley.
- Cicchetti, D. (1984). The emergence of developmental psychopathology. *Child Development*, 55, 1-7.
- Claessens, W.J., & Voorst van Beest, C.J. van (1993). De hulpklas op de grens van basisonderwijs en speciaal onderwijs. In N.K. Pameijer, R. Hacou, A.J.C.M. de Jongh & L.W.A. van de Meugheuevel (Red.), *Weer samen naar school. Op weg naar 1997* (pp. 98-111). Assen: Van Gorcum.
- Cohen, N.J., Davine, M., & Meloche-Kelly, M. (1989). Prevalence of unsuspected language disorders in a child psychiatric population. *American Journal of Child and Adolescent Psychiatry*, 28 (1), 107-111.
- Cruikshank, W. (1989). Learning disabilities: a definition in historical perspective. In D.J. Bakker & H.J. van der Vlugt (Red.), *Learning disabilities, Vol. 1: Neuropsychological correlates and treatment* (pp. 1-10). Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Dalton, R.A., & Forman, M.A. (1992). *Psychiatric hospitalisation of school-age children*. Washington/London: American Psychiatric Press.
- Deci, E.L., & Chandler, C.L. (1986). The importance of motivation for the future of the LD field. *Journal of Learning Disabilities*, 19 (10), 587-594.
- Deinum, F., & Jong, W.A. de (1992). *Het onderwijs in een kinder- en jeugdpsychiatrisch ziekenhuis*. Egmond aan de Hoef: Dokter Frankschool.
- Doef, P.L.M. van der, & Krol, R.J. (1990). Differentiatie en integratie binnen het speciaal onderwijs. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 6, 334-341.
- Donker, M.C.H. (1987). *De toets der goede bedoelingen; een inleiding tot programma-evaluatie in de geestelijke gezondheidszorg*. NcGv-reeks nr. 100. Utrecht: Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid.
- Donker, M.C.H. (1994). *In de trechter, door de mangel? Kosteneffectiviteit en zorg op maat in de geestelijke gezondheidszorg*. Inaugurele rede. Rotterdam: Erasmus Universiteit.

- Doorn, E.C. van, & Verheij, F. (1988). Psychotherapie en onderwijs. De relatie tussen cognitieve, emotionele en sociale factoren. *Kinder- en Jeugdpsychotherapie*, 15 (4), 172-182.
- Doorn, E.C. van, & Verheij, F. (1989). Onderwijs aan kinderen met een aan autisme verwante contactstoornis. In J.E. de Boer, R.B. Minderaa, F. Verheij & P.S. van Wielink (Red.), *Kinderpsychiatrie in ontwikkeling, deel 3; Aan autisme verwante contactstoornissen* (pp. 68-86). Tilburg: Dr. Paul Janssen Stichting.
- Doorn, E.C. van, & Verheij, F. (1991). Opbouw vanaf de basis; het aanbieden van correctieve schoolervaringen bij kinderen met ernstige motivatieproblemen. In T.J. van Engelen, A.M. Collot d'Escury & L. Tijhuis (Red.), *Gelukkig op school* (pp. 183-195). Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Doorn, E.C. van, & Picavé, M. (1993). Freud en de tafel van tien; onderwijs aan kinderen opgenomen in een kinderpsychiatrische kliniek. In F. Verheij, R. Eijlsberg & A. van Strien (Red.), *Klinische kinder- en jeugdpsychiatrie; praktijk en visie* (pp. 143-151). Assen: Van Gorcum.
- Doornbos, K. (1987). Een systeemkritische analyse van de groei van het speciaal onderwijs. In K. Doornbos & L.M. Stevens (Red.), *De groei van het speciaal onderwijs. Analyse van historie en onderzoek* (pp. 94-132). 's-Gravenhage: SDU uitgeverij.
- Doornbos, K., & Stevens, L.M. (1989). *De groei van het speciaal deel B: beeldvorming over beleid en praktijk*. 's-Gravenhage: SDU uitgeverij.
- Doornbos, K. (1992a). Onderwijs in Nederland: apartheid als credo? In K. Doornbos e.a. (Red.), *Samen naar school. Aangepast onderwijs in gewone scholen* (pp. 31-65). Nijmegen: Uitgeverij Intro.
- Doornbos, K. (1992b). Beleid in Nederland: weer samen naar school. In K. Doornbos e.a. (Red.), *Samen naar school. Aangepast onderwijs in gewone scholen* (pp. 66-82). Nijmegen: Uitgeverij Intro.
- Doornbos, K. (1992c). Integratief funderend onderwijs: een nieuwe kans. In K. Doornbos e.a. (Red.), *Samen naar school. Aangepast onderwijs in gewone scholen* (pp. 83-114). Nijmegen: Uitgeverij Intro.
- Doornbos, K. (1994). *Voor waar het kan. Randvoorwaarden voor retentief basisonderwijs in het licht van 'weer samen naar school'*. Amsterdam: I.P.W.U.v.A.
- Dumont, J.J. (1977). *Leerstoornissen I: theorie en model*. Rotterdam: Lemniscaat.
- Dumont, J.J. (1987). Van buitengewoon onderwijs naar speciaal onderwijs. In J.A. van Kemenade e.a. (Red.), *Onderwijs in ontwikkeling* (pp. 247-280). Groningen: Wolters Noordhoff.
- Dungen, M.G.M. van den (1989). Wetenschap als handwerk. In B.C. Swaans-Joha & J.J. Hox (Red.), *Praktijkgericht onderzoek Debat/design/data* (pp. 18-30). Amersfoort: Acco.
- Dijk, J. van, Goede, M de, 't Hart, H., & Teunissen, J. (1991). *Onderzoeken en veranderen: methoden van praktijkonderzoek*. Leiden/Antwerpen: Stenfert/Kroese.

- Ekstein, R. (1971). The educators task in a residential treatment center: coping with conflicts of growth, or growth of conflicts. In M.F. Mayer & A. Blum (Eds.), *Healing through living. A symposium on residential treatment* (pp. 112-127). Springfield, Ill.: Charles C. Thomas Publishers.
- Elsevier (1993). *Grote Winkler Prins*, 9e, geheel herziene druk. Amsterdam/Anwerpen: auteur.
- Engeland, H. van (1980). *Over ontwikkelingspsychosen; een psychofysiologisch onderzoek naar input-modulatiestoornissen*. Dissertatie. Utrecht: Rijksuniversiteit.
- Faas, M. (1993). Indicatiestelling in de jeugdhulpverlening. Onderzoek naar de uitvoeringspraktijk van de indicatiestelling voor dagbehandeling en residentiële hulpverlening. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 32, 138-150.
- Faigel, H.C., Doak, E., Howard, S.D., & Siegel, M.L. (1992). Emotional disorders in learning disabled adolescents. *Child Psychiatry and Human Development*, 23 (1), 31-40.
- Farley, G.K. (1991). A profile of the day care center, past and present. In S.G Goodman Zimet & G.K. Farley (Eds.), *Day treatment for children with emotional disorders, vol. 1: A model in action* (pp. 9-15). New York/London: Plenum Press.
- Fisher, W., Burd, L., & Kerbeshian, J. (1985). Integrating developmental, pharmacological and psychological diagnosis and management through the transdisciplinary process. *Rehabilitation Literature*, 46 (9-10), 268-271.
- Forness, S.R. (1983). Diagnostic schooling for children or adolescents with behavioral disorders. *Behavioral Disorders*, 8 (3), 176-190.
- Forness, S.R., & Kavale, K.A. (1989). Identification and diagnostic issues in special education: A status for child psychiatrists. *Child Psychiatry and Human Development*, 19, 279-301.
- Forness, S.R., & Kavale, K.A. (1993). The balkanization of special education: proliferation of categories and sub-categories for 'new' disorders. In J. Marr, G. Sugall & G. Tindal (Eds.), *The Oregon conference monograph, Vol. 5* (pp. IX-XV). Eugene: University of Oregon.
- Fournier, E., & Kalisvaart, R. (1978). Een blik in de bouwput van de psychotherapie. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 4 (1), 3-18.
- Frisch, L.A., & Rhoads, F.A. (1982). Child abuse and neglect in children referred for learning evaluation. *Journal of Learning Disabilities*, 15, 583-586.
- Geelhoed, J.W., & Vieijra, J.P.M. (1988). Continuïteitsproblemen gezien vanuit het perspectief van de school. In A. Cladder, S.M.J. van Hekken & J. de Wit (Red.), *Continuum van zorg. De afstemming van de hulp aan kinderen en adolescenten en hun ouders* (pp. 53-70). Amersfoort/Leuven: Acco.
- Gieles, F. (1992). *Conflict en contact; een onderzoek naar handelingsmogelijkheden voor groepsleiders bij botsingen en conflicten in de dagelijkse leefsituatie*. Zutphen: Delta Grafex.



- Gilcum, J.F. (1988). Decision making in interdisciplinary treatment teams. *Child Abuse and Neglect*, 12, 231-239.
- Glaser, B.G., & Strauss, A.L. (1967). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine.
- Glavin, J.P., & Annesley, F.R. (1971). Reading and arithmetic correlates of conduct-problem and withdrawn children. *The Journal of Special Education*, 5, 213-219.
- Graaf, J. van der (1992). Geen geld voor thuisonderwijs. *Rotterdams Dagblad*, 5 december 1992, p. 15.
- Greenberg, J.R., & Mitchell, S.A. (1983). *Object relations in psychoanalytic theory*. Cambridge/London: Harvard University Press.
- Grubben, L.J.S. (1994). *Leren hulpverleners 2. Een onderzoek naar het beroepsmatig handelen in de (semi-)residentiële jeugdhulpverlening*. Proefschrift Universiteit van Amsterdam. Maastricht: Datawyse/Universitaire pers.
- Guba, G.B., & Lincoln, Y.S. (1988). *Effective evaluation*. San Francisco/London: Jossey-Bass Publishers.
- Gunning, W.B. (1992). *A controlled trial of clonidine in hyperkinetic children*. Dissertatie. Rotterdam: Erasmus Universiteit.
- Hamel, B.R. (1986). Het begrip ontwikkeling. In J.F. Orlebeke, P.J.D. Drenth, R.H.C. Janssen & C. Sanders (Red.), *Compendium van de psychologie 6: Het begrip 'ontwikkeling', cognitieve ontwikkeling, sociale ontwikkeling* (pp. 27-47). Muiderberg: Coutinho.
- Handal, G. (1991). Promoting the articulation of tacit knowledge through counseling of practioners. In H.K. Letiche, J.C. van der Wolf & F.X. Plooi (Red.), *The practioner's power of choice in staff-development and in-service training* (pp. 71-87). Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Harinck, F.J.H., & Hellendoorn, J. (1987). *Therapeutisch spel: proces en interactie*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Hart, H. 't, & Dijk, J. van (1991). Bruikbaarheid, betrouwbaarheid en geldigheid. In J. van Dijk, M. de Goede, H. 't Hart & J. Teunissen (Red.), *Onderzoeken en veranderen. Methoden van praktijkonderzoek* (pp. 125-149). Leiden/Antwerpen: Stenfert Kroese.
- Harter, S. (1978). Effectance motivation reconsidered. Toward a developmental model. *Human Development*, 21, 34-64.
- Henren, R.L., & Berlin, I.N. (1991). *Psychiatric inpatient care of children & adolescents: A multicultural approach*. New York: John Wiley and Sons.
- Hermans, J.M.A. (1993). Tussen praktische theorieën en theoretische praktijken. In S.M.J. Hekken, N.W. Slot, J. Stolk & J.W. Veerman (Red.), *Pedologie tussen wetenschap en praktijk* (pp. 19-30). Utrecht: De Tijdstroom.
- Hewett, F.M. (1972). *Emotionele stoornissen. Behandeling van kinderen met onaangepast gedrag op school*. Rotterdam: Lemniscaat.

- Hinshaw, S.P. (1992). Academic underachievement, attention deficits and aggression: comorbidity and implications for intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 6, 893-903.
- Hoeven, W.Th.J.G. (1981). *Praktijkgericht onderzoek en de groei van kennis. Een studie naar het kritische vermogen van praktijkgericht onderzoek aan de hand van de analyse van een curriculum-onderzoek*. Den Haag: Staatsuitgeverij.
- Hoffmann, F.L., & Mastrianni, X. (1992) The hospitalized young adult: New directions for psychiatric treatment. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62 (2), 297-302.
- Hynd, G.W. (1989). Learning disabilities and neuropsychological correlates: relationships to neurobiological theory. In D.J. Bakker & H.J. van der Vlugt (Red.), *Learning disabilities, Vol. I: Neuropsychological correlates and treatment* (pp. 123-148). Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Jonassen, D.H., & Grabowski, B.L. (1993). *Handbook of individual differences, learning and instruction*. Hillsdale/London: Lawrence Erlbaum ass.
- Jongbloed, M.H.B., & Gunning, W.B. (1991). Gedrags- en emotionele problemen binnen enkele vormen van speciaal onderwijs. In H.P.J.G. van Bilsen & H.D. Swager (Red.), *Speciaal onderwijs en jeugdhulpverlening* (pp. 29-54). De Lier: Academisch Boeken Centrum.
- Joyce, B., & Weil, M. (1984). *Strategieën voor onderwijzen. Theorie in praktijk*. Apeldoorn: Van Walraven.
- Kapinga, H., & Schut, T.J.A. (1990). Speciaal onderwijs (jeugd)hulpverlening en (jeugd)gezondheidszorg. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 29, 534-548.
- Kashani, J.H., & Cantwell, D.P. (1983). Characteristics of children admitted to inpatient community mental health center. *Archives of General Psychiatry*, 40, 397-400.
- Kastner, S., & Podell, M. (1991). Psychotherapy as an approach to special education prevention: perceptions of student behavior. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61 (4), 563-566.
- Kavale, K.A., & Forness, S.R. (1985). *The science of learning disabilities*. Windsor, Berkshire: NFER/Nelson Windsor.
- Kavale, K.A., & Forness, S.R. (1992). History, definition and diagnosis. In N.N. Singh & I.L. Beale (Eds.), *Learning disabilities nature, theory and treatment* (pp. 3-43). New York: Springer Verlag.
- Kayzer, W. (1993). *Een schitterend ongeluk: Wim Kayzer ontmoet Oliver Sacks, Stephen Jay Gould, Stephen Toulmin, Daniel C. Dennet, Rupert Sheldrake en Freeman Dyson*. Amsterdam: Contact.
- Kazdin, A.E. (1988). *Child psychotherapy. Developing and identifying effective treatments*. New York: Pergamon Press.
- Knorth, E.J., & Smit, M. (1990). Planmatig werken in de residentiële hulpverlening. In E.J. Knorth & M. Smit (Red.), *Residentiële jeugdhulpverlening; Mogelijkheden voor planmatig werken* (pp. 13-28). Leuven/Amersfoort: Garant.

- Knorth, E.J. (1992). Plaatsende en opnemende instellingen in gesprek: diagnostiek bij plaatsing en opname in de praktijk. In E.J. Knorth (Red.), *Gebruik van residentiële zorg; een waagstuk als diagnostisch vraagstuk* (pp. 65-97). Leuven/Apeldoorn: Garant.
- Kok, J.F.W. (1991). *Specifiek opvoeden*. Leuven/Amersfoort: Acco.
- Koster, K.B. (1993). Praktijkgericht onderzoek in de pedagogiek: kenmerken en (on)mogelijkheden. *Nederlands Tijdschrift voor Opvoeding, Vorming en Onderwijs*, 9 (3), 148-155.
- Kvale, S. (1987). Interpretation of the qualitative research interview. In F.J. van Zuuren & F.J. Wertz (Eds.), *Advances in qualitative psychology: themes and variations* (pp. 25-40). Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Lawson, M.J. (1980). Metamemory: making decisions about strategies. In J.R. Kirby & J.B. Biggs (Eds.), *Cognition, development and instruction* (pp. 145-160). New York/London: Academic Press.
- Lewis, W.W. (1969). Project re-ED A pattern of residential treatment for emotionally disturbed children. In H. Dupont (Ed.), *Educating emotionally disturbed children* (pp. 199-228). New York: Holt, Rinehart and Winston, Inc.
- Lewis, W.W., & Lewis, B.L. (1989). The psycho-educational model. Cumberland house after 25 years. In R.D. Lyman, S. Prentice-Dunn & S. Gabel (Eds.), *Residential and inpatient treatment of children and adolescents* (pp. 97-113). New York: Plenum Press.
- Licht, B.G. (1983). Cognitive-motivational factors that contribute to the achievement of learning-disabled children. *Journal of Learning Disabilities*, 16, 483-490.
- Livingstone, R.L., Dykman, R.A., & Ackerman, P.T. (1990). The frequency and significance of additional self-reported psychiatric diagnoses in children with attention deficit disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 18 (5), 465-478.
- Loar, L.L. (1992). Academic and educational aspects. In V.B. van Hasselt & D.J. Kolko (Eds.), *In patient behavior therapy for children and adolescents* (pp. 385-402). New York: Plenum Press.
- Loon, H. van (1989). Verwijzing en aanmelding, een proces voor opname. In F. Verheij & H. van Loon (Red.), *Intensieve residentiële behandeling van kinderen; een kinderpsychiatrische kliniek ten voorbeeld* (pp. 63-74). Assen/Maastricht: Van Gorcum.
- Lyman, R.D., Prentice-Dunn, S., & Gabel, S. (Eds.) (1989). *Residential and inpatient treatment of children and adolescents*. New York: Plenum Press.
- Malluccio A.N. (1974). Residential treatment of emotionally disturbed children: a study of socialservice delivery. *Child Welfare*, 53, 225-237.
- Mayer, M.F., & Blum, A. (1971). *Healing through living. A symposium on residential treatment*. Springfield, Ill.: Charles C. Thomas Publishers.

- Meijer, W. (1993). Consequenties van Weer Samen Naar School voor de werkwijze van (ortho)pedagogen en psychologen. In N.K. Pameijer, R. Haccou, A.J.C.M. de Jongh & L.W.A. van de Meugheuvel (Red.), *Weer samen naar school... op weg naar 1997* (pp. 31-43). Assen: Van Gorcum.
- Miles, M.B., & Huberman, A.M. (1984). *Qualitative data analysis, a source book of new methods*. Beverly Hills/London/New Dehli: Sage Publications.
- Minderaa, R.B. (1985). *Neurochemical aspects of childhood autism*. Dissertatie. Rotterdam: Erasmus Universiteit.
- Mintzberg, H. (1994). *The rise and fall of strategic planning*. New York: Prentice Hall.
- Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid (1994). *Database eisenstellende documenten*. Folder. Utrecht: auteur.
- O'Rourke, B.P., & Strang, J.D. (1983). Subtypes of reading and arithmetical disabilities: an neuropsychological analysis. In M. Rutter (Ed.), *Developmental Neuropsychology* (pp. 473-488). New York: Guilford Press.
- Parreren, C.F. van (1975). De relatie onderwijs-cognitieve ontwikkeling in de Russische psychologie. In C.F. van Parreren & W.A. van Loon-Vervoorn (Red.), *Denken Teksten en analyses Sovjet psychologie 1* (pp. 10-31). Groningen: Tjeenk Willink.
- Peer, D.R. van (1991). *Sociale ondersteuning van kinderen met leerstoornissen*. Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Pfeiffer, S.I., & Strzelecki, S.C. (1990). Inpatient psychiatric treatment of children and adolescents: A review of outcome studies. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29 (6), 847-853.
- Ploeg, I. van der (1990). Residentiële hulpverlening: jeugdigen, doelstellingen, methoden en kwaliteit. In E.J. Knorth & M. Smit (Red.), *Residentiële hulpverlening; Mogelijkheden voor planmatig werken* (pp. 29-40). Leuven/Amersfoort: Garant.
- Plooi, F.X., & Dungen, M.G.M. van den (1985). Onderzoekstypes en directe observatie van opvoeder-kind interactie. In F.X. Plooi & M.G.M. van den Dungen (Red.), *Hulpverleningspraktijk en dienstverlenend onderzoek. Handelingsplannen en directe observaties van de opvoeder-kind interactie* (pp. 26-51). Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Plooi, F.X., & Klompe, J. (1992). *Verwijzingsproblemen en zorgverbreding in de binnenstad van Amsterdam. Ervaringen met een school-diagnose instrument*. Amsterdam: GPI-rapport nr 15.
- Poel, R. van der (1992). Belevingswijzen van systematische desensitisatie: een fenomenologisch empirisch onderzoek naar een gedragstherapeutische techniek. In A. Smaling & F. van Zuuren (Red.), *De praktijk van kwalitatief onderzoek; Voorbeelden en reflecties* (pp. 58-76). Amsterdam/Meppel: Boom.
- Polanyi, M. (1962). Tacit knowing: its bearing on some problems of philosophy. *Review of Modern Physics*, 34, 601-616.

- Raad voor het Jeugdbeleid (1990). *Zorg-en-de-school. Een advies over de samenhang tussen regulier en speciaal onderwijs en de (jeugd)hulpverlening*. Rijswijk: Ministerie van WVC.
- Redl, F., & Wineman, D. (1963). *Kindereen die haten*. Utrecht: Bijleveld.
- Ridder, D. de (1992). Beslissingsondersteuning bij klinische beoordelingen. *De Psycholoog*, 27 (3), 105-110.
- Riddle, M.A. (1989). Research on an children's inpatient service. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28 (1), 42-46.
- Rietdijk, L.E., & Verheij, F. (1991). A multitheoretical approach in an institution for intensive residential treatment. In W. Hellinckx, E. Boekaert, A. Vanden Berghe & M. Colton (Eds.), *Innovations in residential care* (pp. 103-119) Leuven: Acco.
- Riksen-Walraven, M. (1981). *Inspelen op baby's en peuters. Ontwikkelings-spelletjes*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Robson, K.S. (1994). *Manual of clinical child and adolescent psychiatry*. Washington/London: American Psychiatric Press.
- Rogers, C.R. (1961). *On becoming a person*. Boston: Houghton Mufflin comp.
- Rogers, C.R. (1973). *Leren in Vrijheid*. Haarlem: Uitgeverij De Toorts.
- Roozendaal, J.G. (1989). De gestructureerde leersituatie als therapeutisch middel. Pleidooi voor een pedagogische en orthopedagogische benadering van de ZMOK-leerling. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 28, 369-379.
- Rothstein A., Benjamin, L., Cosby, M., & Eisenstadt, K. (1988). *Learning disorders: an integration of neuropsychological and psychoanalytic considerations*. Madison, Connecticut: International University Press Inc.
- Rutter, M., Tizard, J., & Whitmore, K. (1970). *Education, health and behavior*. Huntington: Robert E. Krieger Publishing Company.
- Rutter, M. (1983). Stress, coping and development: some issues and some questions. In N. Garnezy & M. Rutter (Eds.), *Stress, coping and development in children* (pp. 1-41). New York, McGraw-Hill.
- Ruysenaars, A.J.J.M. (1995). Behandeling in de orthopedagogiek. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 34, 163-178.
- Ruyter, P.A. de (1993). De spanningsvolle verhouding tussen de wetenschap over en de praktijk van de residentiële hulpverlening. In S.M.J. van Hekken, N.W. Slot, J. Stolk & J.W. Veerman (Red.), *Pedologie tussen wetenschap en praktijk* (pp. 83-90). Utrecht: De Tijdstroom.
- Rijswijk, C.M. van, & Berg, L. van den (1991). *Het speciaal onderwijs in hoofdlijnen*. Amsterdam: Balans.
- Rijswijk, C.M. van (1992). Bestuur en beheer van geïntegreerd primair onderwijs. In K. Doornbos e.a. (Red.), *Samen naar school. Aangepast onderwijs in gewone scholen* (pp. 115-135). Nijmegen: Uitgeverij Intro.
- Salzer, K.M., Holmstrom, R.W., & Nospitz, J.D. (1991). Learning disabilities as a childhood manifestation of severe psychopathology. *American Journal of Orthopsychiatry* 6 (2), 230-240.

- Sanders-Woudstra, J.A.R., Minderaa, R.B., & Verheij, F. (1982). Kinderpsychiatrie, een vak en een identiteit. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 24 (4), 257-265.
- Sanders-Woudstra, J.A.R. & Verhulst, F.C. (1989). Epidemiologisch-kinderpsychiatrische benadering van de ontwikkelingen in het speciaal onderwijs. In K. Doornbos & L.M. Stevens (Red.), *De groei van het speciaal onderwijs. Analyse van historie en onderzoek* (pp. 284-302). 's-Gravenhage: SDU uitgeverij.
- Sarphatie, H.R., & Veerman, J.W. (1980). Evaluatie van hulpverlening. Een pleidooi voor een op het individu gerichte descriptieve benadering. *Kind en Adolescent*, 1 (4), 177-196.
- Schaefer, C.E., & Swanson, A.J. (Eds.) (1988). *Children in residential care. critical issues in treatment*. New York: Van Nostrand Reinhold.
- Schee, W. van der (1992). *Behandeling van gedragsproblematische jongeren: een contextueel model vanuit Groot Emaas*. Amersfoort: Vereniging 's Heeren Loo III.
- Shirk, S.R., & Russel, R.L. (1992). A reevaluation of estimates of child therapy effectiveness. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 4, 703-710.
- Silver, A.A., & Hagin, R.A. (1990). *Disorders of learning in childhood*. New York: John Wiley and Sons.
- Slavenburg, P. (1993). Groep 'moeilijke' kinderen krijgt geen onderwijs. *Rotterdams Dagblad*, 19 oktober 1993, p. 15.
- Slavin, R.E. (1988). *Educational psychology theory into practice*. Englewood cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
- Smaling, A., & Zuuren, F. van (1992). Kwalitatief onderzoek in de psychologie: een kort historisch en systematisch overzicht. In A. Smaling & F. van Zuuren (Red.), *De praktijk van kwalitatief onderzoek. Voorbeelden en reflecties* (pp. 13-33). Amsterdam/Meppel: Boom.
- Small, R., Kennedy, K., & Bender, B. (1991). Critical issues for practice in residential treatment: the view from within. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61 (3), 327-338.
- Spren, O. (1989). The relationship between learning disability, emotional disorders, and neuropsychology; some results and observations. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 11 (1), 117-140.
- Sprinthall, N.A., & Sprinthall, R.C. (1990). *Educational psychology. A developmental approach*. Singapore: McGraw-Hill.
- Staak, C. van der, & Meijboom, W. (1993). De postdoctorale beroepsopleiding tot klinisch psycholoog. *De Psycholoog*, 28, 123-127.
- Ster, M. van der, & Doorn, E.C. van (1991). Het invullen lijkt soms op koken. Het schoolbehandelingsplan in een kinderpsychiatrische kliniek. *Tijdschrift voor Jeugdhulpverlening en Jeugdwerk*, 3 (3), 43-47.
- Stevens, L.M. (1983). Leerproblemen als opvoedingsproblemen. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 22, 695-704.

- Stevens, L.M. (1987a). Vroegtijdige onderkenning van in hun ontwikkeling bedreigde kleuters. In K. Doornbos & L.M. Stevens (Red.), *De groei van het speciaal onderwijs. Analyse van historie en onderzoek* (pp. 57-73). 's-Gravenhage: SDU uitgeverij.
- Stevens, L.M. (1987b). Achtergronden van leer-problemen op relatie- en groepsniveau. In K. Doornbos & L.M. Stevens (Red.), *De groei van het speciaal onderwijs. Analyse van historie en onderzoek* (pp. 74-93). 's-Gravenhage: SDU uitgeverij.
- Stevens, L.M. (1992). Over de omgang met leerlingen. In K. Doornbos e.a. (Red.), *Samen naar school. Aangepast onderwijs in gewone scholen* (pp. 183-190). Nijmegen: Uitgeverij Intro.
- Strauss, A.L., & Corbin, J.M. (1990). *Basics of qualitative research. Grounded theory procedures and techniques*. Newbury Park/London/New Delhi: Sage Publications.
- Strien, P.J. van (1986). *De praktijk als wetenschap. Methodologie van het sociaal-wetenschappelijk handelen*. Assen: Van Gorcum.
- Swaans-Joha, B.C. (1988). Praktijk en onderzoek: een LAT relatie? Handelen als object van onderzoek. *Tijdschrift K&O*, 31, 7-11.
- Swaans-Joha B.C., & Hox, J.J. (1989). Methoden voor praktijkgericht onderzoek, een praktische invalshoek. In B.C. Swaans-Joha & J.J. Hox (Red.), *Praktijkgericht onderzoek Debat/design/data* (pp. 9-17). Amersfoort: Acco.
- Swanborn, P.G. (1987). *Methoden van sociaal-wetenschappelijk onderzoek, nieuwe editie*. Meppel: Boom.
- Swanborn, P.G. (1989). Praktijkgericht onderzoek: een apart paradigma? In B.C. Swaans-Joha & J.J. Hox (Red.), *Praktijkgericht onderzoek Debat/design/data* (pp. 31-43). Amersfoort: Acco.
- Tausch, R., & Tausch, A. (1980). *Psychologie van opvoeding en onderwijs*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Termaat, P.G.M. (1993). De samenwerking tussen dagkliniek en school. In F. Verheij, R. Eijlsberg & A. van Strien (Red.), *Klinische kinder- en jeugdpsychiatrie; praktijk en visie* (pp. 161-168). Assen: Van Gorcum.
- Thomas, G. (1992). Ecological interventions In S. Wolfendale, T. Bryans, M. Fox, A. Labram & A. Sigston (Eds.), *The profession and practice of educational psychology; future directions* (pp. 49-70). London: Cassel Educational Limited.
- Timmermans, J.M. (1991). Raakvlakken tussen onderwijs en jeugdhulpverlening. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 30, 348-355.
- Tramontana, M.G., Hooper, S.R., Curley, A.D., & Nardillo, E.M. (1990). Determinants of academic achievement in children with psychiatric disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 29 (2), 265-268.
- Van Dale (1992). *Groot woordenboek der Nederlandse taal* (12e, herziene druk). Utrecht/Antwerpen: Van Dale lexicografie.

- Veerman, J.W. (1985). Evaluatie van behandelingseffecten: mag het ook anders? In F.X. Plooi & M.G.M. van den Dungen (Red.), *Hulpverleningspraktijk en dienstverlenend onderzoek. Handelingsplannen en directe observaties van de opvoeder-kind interactie* (pp. 13-26). Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Vellutino, F.R., & Scanlon, D.M. (1989). Auditory information processing in poor and normal readers. In J.J. Dumont & H. Nakken (Eds.), *Learning disabilities, Volume 2: Cognitive, social and remedial aspects* (pp. 19-46). Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Verheij, F. (1986). *Klinische kinderpsychiatrie en het cognitief-structurele ontwikkelingsmodel*. Dissertatie. Rotterdam: Erasmus Universiteit.
- Verheij, F. (1989a). Toetsen en testen, diagnostiek en evaluatie als oogmerk. In F. Verheij & H. van Loon, H. (Red.), *Intensieve residentiële behandeling van kinderen: een kinderpsychiatrische kliniek ten voorbeeld* (pp. 199-209). Assen/Maastricht: Van Gorcum.
- Verheij, F. (1989b). Kinderen met vroeg verworven ontwikkelingsproblemen als belangrijkste doelgroep. In F. Verheij & H. van Loon (Red.), *Intensieve residentiële behandeling van kinderen: een kinderpsychiatrische kliniek ten voorbeeld* (pp. 11-21). Assen: Van Gorcum.
- Verheij, F. (1989c). De school van cognitieve therapie naar onderwijs. In F. Verheij & H. van Loon (Red.), *Intensieve residentiële behandeling van kinderen: een kinderpsychiatrische kliniek ten voorbeeld* (pp. 150-176). Assen: Van Gorcum.
- Verheij, F. (1989d). Therapieën, ondersteuning erkenning en hantering. In F. Verheij & H. van Loon (Red.), *Intensieve residentiële behandeling van kinderen: een kinderpsychiatrische kliniek ten voorbeeld* (pp. 115-148). Assen: Van Gorcum.
- Verheij, F. (1989e). De leefgroep, kern van het behandelingsmilieu. In F. Verheij & H. van Loon, H. (Red.), *Intensieve residentiële behandeling van kinderen: een kinderpsychiatrische kliniek ten voorbeeld* (pp. 75-114). Assen: Van Gorcum.
- Verheij, F. (1990). Kind en omgeving. In J.A.R. Sanders-Woudstra & H.F.J. de Witte (Red.), *Leerboek Kinder- en Jeugdpsychiatrie* (pp. 559-597). Assen: Van Gorcum.
- Verheij, F. (1993). *Behandelingsplanning in de jeugdhulpverlening, jeugd-GGZ en het speciaal onderwijs*. Utrecht: Uitgeverij SWP.
- Verheij, F. (1995). *Klinische kinder- en jeugdpsychiatrie; als het vanzelfsprekende ontbreekt*. Inaugurele rede. Assen: Van Gorcum.
- Verheij, F., & Doorn, E.C. van (1989). De plaats van de cognitieve ontwikkeling in de kinderpsychiatrische behandeling. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 31 (10), 651-662.
- Verheij, F., & Doorn, E.C. van (1991). Een integratief werkmodel voor emotioneel-sociale en leerproblemen; de kloof tussen ontwikkeling en leren overbrugd. In T.J. van Engelen, A.M. Collot d'Escury & L. Tijhuis (Red.), *Gelukkig op school* (pp. 53-74). Lisse: Swets & Zeitlinger.



- Verheij, F., & Doorn, E.C. van (1992). Leerstoornissen. In F.C. Verhulst & F. Verheij (Red.), *Kinder- en jeugdpsychiatrie; onderzoek en diagnostiek* (pp. 545-571). Assen/Maastricht: Van Gorcum.
- Verheij, F., & Loon, H. van (1989). *Intensieve residentiële behandeling van kinderen: een kinderpsychiatrische kliniek ten voorbeeld*. Assen: Van Gorcum.
- Verheij, F., & Loon, H. van (1992). Pervasive developmental disorders not otherwise specified. A developmental-psychopathological approach for the development of made-to-measure treatment planning. *Acta Paedopsychiatrica*, 55, 235-242.
- Verheij, F., & Rietdijk, L.E. (1991). Multidisciplinair 'kind-en-gezin' gericht stafoverleg: een noodzakelijke schakel in de residentiële behandelingsplanning. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek, Kinderpsychiatrie en Klinische Kinderpsychologie*, 16 (2), 71-83.
- Verloop, N. (1992). Praktijkkennis van docenten: een blinde vlek van de onderwijskunde. *Pedagogische Studiën*, 69, 410-423.
- Vlijmen, J. van, & Velpen, P. van der (1993). *Het algemene raamwerk KWIS-K&J*. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg.
- Vlijmen, J. van (1994). *Het raamwerk KWIS-K&J*. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg.
- De Volkskrant (1983). Internaat houdt pupillen weg van 'eigen' school, 25 augustus 1983.
- De Volkskrant (1992). Alexandra wordt gesloten als behandelingsinstituut, 18 maart 1992.
- De Volkskrant (1993). Directeur van internaatsschool Rekken ontslagen, 12 oktober 1993.
- Voorst, K. van, & Claessens, W. (1991). De hulpklas: tijdelijke intensieve hulp om plaatsing in het speciaal onderwijs te voorkomen. In H. Damen & H. de Boer (Red.), *Samenwerkingsverbanden baO-SO. Handreikingen voor de onderwijskundige vormgeving* (pp. 73-82). Hoevelaken: CPS.
- Wardekker, W.L. (1981). De rol van theorie in praktijkgericht onderzoek. In M. van Steenvoorn (Red.), *Praktijkgericht onderzoek en innovatie. Bijdrage tot de onderwijsresearchdagen 1980* (pp. 5-28). 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij.
- Weeda, W.C. (1986). *Kwalitatief of kwantitatief een oneigenlijk methodologisch dilemma*. Oratie. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Wells, K. (1991). Long-term treatment for children; introduction. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61 (3), 324-326.
- Wertz, F.J., & Zuuren, F.J. van (1987). Qualitative research: educational considerations. In F.J. van Zuuren, F.J. Wertz & B. Mook (Eds.), *Advances in qualitative psychology: themes and variations* (pp. 3-23). Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Wester, F. (1987). *Strategieën voor kwalitatief onderzoek*. Muiderberg: Coutinho.

- Westerhof, J. (1991). Alexandra zit erg op een eiland. *De Volkskrant*, 29 november 1991.
- Westerhof, J. (1993). De luxe flower power in Rekken. *De Volkskrant*, 30 september 1993.
- Williams, S., Anderson, J., McGee, R., & Silva, P.A. (1990). Risk factors for behavioral and emotional disorders in pre-adolescent children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29 (3), 413-419.
- Wit, J. de (1978). Kennis, wijsheid en visie in de hulpverlening. In A.P. Cassee, J.F. Petrie & C. Sanders (Red.), *Psychotherapie en mensvisie*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Wit, J. de (1993). Honderd jaar Paedologie. Overwegingen bij een eeuwwisseling. In P. de Ruyter & H. Heiner (Red.), *Liber paedologicorum ten afscheid van Dr J. de Wit* (pp. 9-28). Amsterdam/Duivendrecht: Paedologisch Instituut.
- Wolf, H. (1993). *Bedingungen und Möglichkeiten effektiver Forderung durch die Schule für Kranke in der kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik*. Forum der kinder- und jugendpsychiatrie und psychotherapie Mitglieder-rundbrief pp. 33-44.
- Woolston, J.L., & Riddle, M.A. (1990). The role of advanced technology in inpatient child psychiatry: leading edge or useful aid? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29 (6), 905-908.
- IJzendoorn, M.H., & Miedema, S. (1986). De kwaliteit van kwalitatief onderzoek. *Pedagogische Studiën*, 63, 498-505.
- IJzendoorn, M.H. van, Tavecchio, L.E.W.C., Goossens, F.A., & Vergeer, M.M. (1985). *Opvoeden in geborgenheid. Een kritische beschouwing van Bowlby's attachment theorie*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Ysseldyke, J.E., Algozine, B., & Thurlow, M.L. (1992). *Critical issues in special education*. Boston/Toronto: Houghton Mifflin.
- Zelan, K. (1991). *The risk of knowing. Developmental impediments to school learning*. New York: Plenum Press.
- Zimet, S.G., & Farley, G.K. (1991). *Day treatment for children with emotional disorders*. New York: Plenum Press.
- Zimet, S.G., & Imhoff, R. (1991). The role of education in our day treatment program. In S.G. Zimet & G.K. Farley (Eds.), *Day treatment for children with emotional disorders* (pp. 63-73). New York: Plenum Press.

# Samenvatting, conclusies, aanbevelingen

## Het onderzoeksproces

Uitgangspunt van dit onderzoek is de manier van werken van de interne school van de kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek van het Sophia kindziekenhuis (verder aangeduid als interne school-SKZ). Het onderzoek is ontstaan vanuit de behoefte om deze manier van werken te beschrijven en verder te ordenen.

De manier van werken op de interne school-SKZ is ontwikkeld bij en voor multi problem kinderen, kinderen waarbij problemen in andere ontwikkelingsgebieden (lichamelijk en cognitief) een belangrijke rol spelen bij het ontstaan en de verschijningsvorm van de emotionele en/of gedragsproblemen. Per kind wordt naar een verklaringsmodel gezocht waarin de interactie tussen de verschillende problemen tot zijn recht kan komen. In de praktijk wordt daarmee op N = 1 niveau een omvattende benadering gerealiseerd, die slechts gedeeltelijk ondersteund wordt vanuit beschikbare theoretische modellen. Deze aanname is in hoofdstuk 1 toegelicht en vanuit de literatuur onderbouwd.

Bij aanvang van het onderzoek bestond de indruk dat de vaste manier van werken mede gebaseerd was op impliciet gebleven opvattingen over de (semi-)residentiële behandeling van multi problem kinderen in een schoolse context (verder aangeduid als behandelingsconcept van de interne school-SKZ). Aangenomen werd dat het impliciet gebleven behandelingsconcept terug te vinden is in beslissingen die in de praktijk genomen worden op N = 1 niveau en op organisatieniveau. Reflectie op de beslissingen die op deze analyseniveaus genomen worden leidt in deze redenering tot een verdere explicitering van het behandelingsconcept. Het formuleren van contrasten (tussen verschillende vakmensen over de aanpak van een kind, of tussen verschillende vakmensen over een organisatievorm) moet dit proces uitlokken. Het beschrijven en volgen van bestaande behandelingen en bestaande voorzieningen staat daarmee centraal. Het hier beschreven onderzoek kan daarom getypeerd worden als een praktijkgericht onderzoek met een open design. Er wordt gestreefd naar theorievorming over praktisch handelen op een navolgbare manier. Deze keuze en de methodologische consequenties daarvan zijn verder toegelicht en onderbouwd in hoofdstuk 2.

De eerste onderzoeksactiviteiten zijn beperkt tot één onderzoekscontext (de

kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek van het Sophia Kinderziekenhuis). Voor een aantal kinderen, waarbij sprake is geweest van langdurige meningsverschillen over de aanpak op de interne school-SKZ, is achteraf een modelstandpunt geformuleerd. Daarna is gekeken welke aspecten van een nog impliciet behandelingsconcept vervat zaten in die modelstandpunten. Deze onderzoeksactiviteiten en de inhoudelijke resultaten die dit opleverde zijn samengevat in hoofdstuk 3.

Voor een verdere invulling van het behandelingsconcept is de stap gemaakt naar een vergelijking met andere onderwijscontexten. Over elk kind dat in een specifieke periode werd opgenomen in de kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek van het Sophia Kinderziekenhuis werd een gesprek gevoerd met de leerkracht van de laatste school voor opname. In tien interviews hebben leerkrachten uit het basis- en speciaal onderwijs geformuleerd welke problemen en mogelijke oplossingen zij zagen voor een specifiek kind. Daarna is door de onderzoekster met behulp van de leerkracht van de interne school-SKZ geformuleerd of deze ideeën wel of niet pasten in het behandelingsconcept van de interne school-SKZ. Deze onderzoeksactiviteiten en de inhoudelijke resultaten die dit opleverde zijn samengevat in hoofdstuk 4.

Vervolgens is voor een verdere formulering van het behandelingsconcept van de interne school-SKZ de vergelijking gezocht met de manier van werken in andere scholen verbonden aan kinder- en jeugdpsychiatrische klinieken. In 32 interviews is door kliniekmedewerkers en schoolmedewerkers geformuleerd welke aspecten van een behandelingsconcept, binnen de eigen instelling belangrijk werden gevonden. Ten aanzien van alle elementen die ter sprake kwamen is een standpunt geformuleerd voor de interne school-SKZ. Deze onderzoeksactiviteiten en de inhoudelijke resultaten die dit opleverde zijn samengevat in hoofdstuk 5.

De aspecten van het behandelingsconcept die expliciet gemaakt zijn door de diverse onderzoeksactiviteiten zijn geïntegreerd in één schema. In dit schema is geprobeerd om alle observaties en conclusies die voortvloeiden uit de onderzoeksactiviteiten tot op dat moment een plek te geven. Dit schema is beschreven en toegelicht in hoofdstuk 6.

Op de interne school-SKZ heeft een formatieve evaluatie plaatsgevonden van het geformuleerde behandelingsconcept. Voor alle kinderen die de interne school-SKZ op dat moment van het onderzoek bezochten is nagegaan of hun behandelingsproces te beschrijven was binnen het schema. Dit heeft tot verdere keuzen geleid. De uitvoering van de formatieve evaluatie en de inhoudelijke resultaten daarvan zijn samengevat in hoofdstuk 7.

Via een summatieve evaluatieronde is de bredere geldigheid van het behandelingsconcept ter discussie gesteld. Bij twee kinder- en jeugdpsychiatrische klinieken die in een eerder stadium van het onderzoek al meewerkten is nagegaan of het geformuleerde behandelingsconcept van toepassing was op hun situatie. Vervolgens zijn vier landelijke orthopedagogische instellingen voor (semi-)residentiële behandeling benaderd om een oordeel te geven over het behandelingsconcept. Aan de hand van deze gesprekken werd geconclu-

deerd dat het behandelingsconcept een vakgebied beschrijft met een eigen doelgroep en eigen organisatorische kenmerken. Dit vakgebied wordt in de praktijk aangeduid als educatieve therapie.

Het behandelingsconcept voor educatieve therapie is omschreven in hoofdstuk 9.

Inbedding in de bredere context van onderwijs, behandeling, theorievorming en onderzoek is beschreven in hoofdstuk 10.

## **Het onderzoeksresultaat**

Educatieve therapie is een systematische uitwerking van behandeling in een schoolse context als onderdeel van een bredere (semi-)residentiële behandeling. Niet de behandeling van de emotionele en/of gedragsproblemen, maar het aanleren van functioneel schoolse gedrag en het maken van leervorderingen ondanks de ernstige emotionele en/of gedragsproblemen staat bij educatieve therapie centraal.

Het planmatig handelen is gericht op drie verschillende domeinen van beïnvloeding: de inrichting van de onderwijs-leersituatie, de hantering van de leerkracht-leerlingrelatie en de emotionele reacties en gedachten van het kind over het eigen functioneren op school. In een multidisciplinair team wordt beleid ontwikkeld ten aanzien van deze aspecten van de schoolse context vanuit een gedeelde visie op het kind en diens veranderingsmogelijkheden.

Beleid ontwikkelen betekent niet dat het handelen in de dagelijkse praktijk volledig wordt voorgeschreven. In het multidisciplinair overleg worden keuzen gemaakt ten aanzien van de strategieën van waaruit de directe behandelaars vorm zullen geven aan de omgang met het kind. Daarbij worden drie verschillende strategieën onderscheiden: aanpassing van de schoolse context aan het kind, gericht veranderen van kindkenmerken en inpassen van de resultaten zodat hernieuwde integratie op een school voor basis- of speciaal onderwijs mogelijk wordt.

Vanuit de ordening in termen van domeinen van beïnvloeding en te hanteren strategieën kunnen inhoudelijke behandelingsdoelen voor het kind in een logische samenhang aan de orde komen. De overgang van een gezinsachtig milieu naar een milieu waarbinnen een taakstelling centraal staat, de overgang van taakgericht functioneren naar het daadwerkelijk verwerven van nieuwe kennis en vaardigheden en de overgang van een gestuurd leerproces naar een leerproces op basis van eigen keuzen kunnen met behulp van de verschillende strategieën gefaseerd aan het kind worden aangeboden. Structuur, strategieën en inhoudelijke doelen worden in hun samenhang gepresenteerd in het nu volgende schema.

|   |  | A  | B   | C   |
|---|--|--|---|---|
|   |  | SCHOOLSE OPDRACHTEN  | DE LEERKRACHT-LEERLING-RELATIE  | REACTIES EN EMOTIES VAN HET KIND WAT BETREFT FUNCTIONEREN OP SCHOOL   |
| 1 | Scheppen van een situatie, waarin het kind taakgericht functioneert      | Opdrachten aanbieden op het didactisch niveau dat het kind zeker beheerst met maximale ondersteuning | Uitgaande van relatievorming in groep en therapie in tweede milieu instructie en gedragsregulering door volwassenen aanbieden | Op voor het kind te hanteren manier feedback en gedragsalternatieven aanbieden wat betreft emoties en gedrag in de opdrachtsituatie |
| 2 | Vaststellen in welke mate schools gedrag en presteren te veranderen zijn | Duidelijk krijgen wat hoogst haalbare didactische prestaties zijn bij maximale ondersteuning         | Uitgaande van relatievorming in groep en therapie een model leerkracht-leerlingrelatie introduceren                           | Met het kind overeenstemming bereiken over mate van inzet en reëel prestatieniveau  |
| 3 | Aansluiting zoeken bij een externe school                                | Vaststellen in hoeverre ondersteuning van de werkhouding vermindert kan worden                       | Diverse leerkracht-leerlingrelaties aanbieden en vaststellen welke aanpassingen noodzakelijk blijven                          | Resultaten tastbaar maken en plaatsen in toekomstperspectief wat betreft school   |

Figuur 1 Het behandelingsconcept

## Conclusies en aanbevelingen

Het behandelingsconcept voor educatieve therapie is een metacognitieve ordening van het behandelingsproces, niet van het veranderingsproces van het kind. Het bewust toepassen en bewaken van verschillende strategieën in een specifieke behandelingscontext (gedefinieerd door middel van de domeinen van beïnvloeding) staat centraal. Het toepassen en bewaken van strategieën kan niet afgemeten worden aan de behandelingsresultaten van het kind, maar wordt toegankelijk via observaties van en reflectie op het handelen van de directe behandelaars.

Aan het slot van dit onderzoek is gepleit voor verdere ontwikkeling van behandelingsconcepten naast theorievorming over het veranderingsproces van het behandelde kind. Een behandelingsconcept kan gebruikt worden als kader voor vormgeving van de multidisciplinaire samenwerking, zowel op  $N = 1$  niveau als op organisatieniveau. Wanneer instellingen een expliciet behandelingsconcept hanteren wordt het mogelijk om bij een aanmelding vanuit een goede beschrijving van kindkenmerken te komen tot een inhoudelijke matching op behandelingskenmerken.

Ten aanzien van scholen verbonden aan een (semi-)residentiële instelling zijn drie verschillende modellen onderscheiden. School als een relatief conflictvrij onderdeel van het dagelijks leven, schoolbezoek als een vorm van leefgroepbehandeling en educatieve therapie zijn naast elkaar gezet. Organisatievorm en inrichting van schoolbezoek tijdens een opname in een (semi-)residentiële instelling zouden gebaseerd moeten zijn op een expliciete keuze voor een van deze modellen of voor een mogelijke combinatie van modellen.

Het behandelingsconcept dat is geformuleerd voor educatieve therapie kan niet zonder meer worden overgeplant naar basis- of speciaal onderwijs. Met name de keuze voor een volledig geïndividualiseerd leerproces en voor een systematische en planmatige opzet van het beïnvloedingsproces stuiten in de gesprekken met onderwijsmedewerkers op weerstand.

Educatieve therapie is erop gericht om een snelle terugkeer in het basis- en speciaal onderwijs mogelijk te maken. Dat betekent dat de keuze die min of meer expliciet gemaakt wordt in het speciaal onderwijs voor een strategie van permanente ondervanging wordt afgewezen. Met name de planmatige afwisseling van strategieën is een relevante toevoeging voor het huidige streven naar integratief onderwijs. De discussie over te volgen strategieën wordt tot nu toe niet overal expliciet gevoerd.

De ordening van behandeling binnen de verschillende domeinen van beïnvloeding die typerend zijn voor de schoolse context kan een kader bieden voor samenwerkingsrelaties tussen jeugdzorginstellingen en onderwijsinstellingen.





# Summary

## The process of inquiry

This study is focussed on a regular method of working, developed at the internal school of the Child Psychiatric Day-care and Inpatient Unit of the Sophia Children's Hospital (internal school-SKZ). The method of working was developed while working with multi problem children: children with serious emotional and behavioural problems in combination with problems in other domains of development (physical, cognitive problems). Existing theoretical frameworks proved to be only partly useful for this group of patients because these frameworks were developed with clearly described groups of problem children, and they largely focus on either the emotional and/or behavioural problems or the cognitive and/or learning problems. To realize a systematic treatment planning for these children with a great diversity of symptoms and problems, a theory is being formulated for each individual child which will take into account the interactions between all of the developmental problems. This theory formation at the individual level is the core of treatment. As a consequence, a comprehensive model of treatment is being realized for each individual child that is only partly supported by existing theoretical frameworks. Describing this comprehensive treatment model at a higher level could mean a valuable contribution to the existing theoretical frameworks. This assumption has been illustrated in chapter 1, and literature supporting this assumption has been added.

At the beginning of the research project it was hypothesized that the regular method of working at the internal school-SKZ was based upon implicit knowledge about (semi-)residential treatment in an educational context. This implicit knowledge (the conceptual framework of the internal school-SKZ) would be reflected in decisions regarding individual treatment processes and organizational structure. Having professionals formulate contrasts between different treatment processes and between different organizational structures, could therefore lead to a more explicit theoretical framework.

Since the description of existing treatment processes and existing treatment facilities are central cores in this study, the project can be characterized as naturalistic evaluation. The project aims at the formulation of theory about

existing treatment models in an accountable way. This line of reasoning and the methodological consequences are described in chapter 2.

*As a first step*, the entire case record of several children who were treated in the Child Psychiatric Day-care and Inpatient Unit of the Sophia Children's Hospital has been studied. Children were selected with treatment processes characterised by longstanding differences in opinion between the teacher of the internal school-SKZ and other disciplines. The focus was not on diagnostic characteristics of the child and his or her process of change, but on the policy as developed with respect to the functioning of the child at school.

As a result of the study of the case record of each individual child, an ideal point of view could be formulated about the decision that led to the longstanding deliberations. Formulating these points of view for each child led to the explication of elements of the treatment model that failed in the original discussion about the individual children. These research activities and the resulting conclusions about the conceptual framework are summarized in chapter 3.

*As a second step*, the educational context of the internal school-SKZ was compared with other educational contexts. The teacher of the previous school of every newly admitted child was approached. In ten interviews teachers formulated the difficulties they experienced with children with serious emotional and/or behavioural problems and the solutions they considered suitable.

Afterwards, the research worker would formulate whether the solutions and beliefs of the teacher of the previous school were in accordance with the implicit conceptual framework of the internal school-SKZ. Several aspects of the treatment model that were taken for granted in the every day treatment context of the internal school-SKZ became explicit after this confrontation with other educational contexts. These research activities and the substantial results are summarized in chapter 4.

*As a third step*, the regular method of working of the internal school-SKZ was compared with the treatment model of all the other childpsychiatric inpatient units in the Netherlands. In 32 open interviews professionals from the child psychiatric inpatient units and professionals from the schools connected with these institutions formulated which aspects of a model of treatment were considered essential in their organization. Afterwards, the research worker formulated conclusions about the conceptual framework of the internal school-SKZ. These research activities and the substantial results are summarized in chapter 4.

*As a fourth step*, the conclusions that resulted from the research activities were integrated into a systematic description of the conceptual framework of the internal school-SKZ. This conceptual framework is described in chapter 6.

*A fifth step* was the formative evaluation of the conceptual framework. The treatment process of every child visiting the internal school-SKZ at that time was described in terms of the conceptual framework. If the conceptual framework was not adequate to describe the treatment process of a child, it was adapted. The process of formative evaluation and the resulting adaptations in the conceptual framework are described in chapter 7.

*A sixth step* was the summative evaluation of the conceptual framework. This evaluation was aimed at the validation of the conceptual framework for other contexts of treatment. Two child psychiatric inpatient units that were involved in the research project before they were asked whether the treatment model did apply to their organization. Next the conceptual framework was discussed with four organizations for (semi-)residential treatment that had not been involved in the study before.

This summative evaluation led to the conclusion that the use of the conceptual framework was not limited to the internal school-SKZ. The conceptual framework describes a distinct profession aimed at a specific subgroup of children with a combination of severe emotional and behavioural problems. This profession will be pointed out as educational therapy. The process of summative evaluation is described in chapter 8. The conceptual framework of educational therapy is described in chapter 9.

The study and the results have been placed in the broader context of education, treatment and the development of theories and research in chapter 10.

## **The conceptual framework**

The conceptual framework of educational theory consists of a systematic description of treatment in an educational context as a part of a broader (semi-)residential treatment. Educational therapy is not focussed on the treatment of the severe emotional and behavioural problems of the child. The acquisition of adequate working behaviour and the teaching of academic skills are the central aims of treatment.

The intentional behaviour of the professionals is focussed on three different areas of change: the arrangement of the instructional situation, the way the relationship between the teacher and the child is being handled and the emotional reactions and cognitions of the child concerning his behaviour and achievements at school. A multidisciplinary team is to develop a policy for each of these elements of the educational context. This policy should be grounded in a common view on the child and the child's potential for change.

The development of a shared policy does not imply that the behaviour of the people working with the child is fully programmed. The multidisciplinary team is responsible for the choice of strategies. The professionals working with the child will structure their behaviour towards the child in concordance

with those strategies and adapted to the specific circumstances. Three different strategies can be described: meeting the special needs of the child in an educational context, aiming at the change of characteristics of the child (a remedial approach) and making the results fit the characteristics of formal education to enable the reintegration of the child in regular forms of education.

This arrangement of educational therapy in terms of areas of change and strategies to be used makes it possible to design a comprehensive context for a number of treatment goals. This comprehensive context is specific to education as a part of a (semi-)residential treatment of children with severe emotional and behavioural problems. The transition from a family context to a context where on-task behaviour is required, the transition from task oriented behaviour to the obtaining of new knowledge and skills, and the transition from a learning process fully programmed by the teacher to a learning process based on the choices and responsibilities of the child can be presented to the child in a step-by-step fashion when the areas of change are arranged according to the different strategies. The structure of the educational context, the strategies and the treatment goals are presented in a coherent way in figure 1.

## Conclusions and recommendations

The conceptual framework for educational therapy is a metacognitive description of the treatment process, not of the child's process of change. The framework describes a purposeful application and evaluation of different strategies in a specific treatment context (defined by means of areas of change). The application and evaluation of strategies can not be measured in terms of treatment effects. It is made accessible through the observation of and reflection upon the behaviour of the professional working with the child.

At the end of the study, a plea was made for the further development of conceptual frameworks next to the development of theories about the process of change of the child in treatment. A conceptual model can be used as a framework for arranging multidisciplinary cooperation at the level of the individual child and at the level of the organization. When an inpatient unit can offer an explicit model of treatment it becomes possible to make a substantial match at referral between the problems of the child and the treatment facilities of an inpatient unit.

In this study, three different models were formulated for schools connected with an institute for (semi-)residential treatment. School being a domain of life relatively free of conflicts, visiting school as a form of treatment for the emotional and behavioural problems (the psychoeducational model) and educational therapy were differentiated from each other. The organizational model of an inpatient unit and the arrangement of school visits for each individual child should be based on an explicit choice for one of these models or on a suitable combination of these models.

| Aim: |   | A  | B  | C  |
|------|---|--|--|--|
|      |   | SCHOOL TASKS   | TEACHER-PUPIL RELATION   | COGNITIONS AND EMOTIONS OF THE CHILD   |
| 3    | Creating a situation in which the child functions in a task-oriented way    | Offering tasks on a didactic level which the child certainly masters, with maximum support by adults | Offering instruction and behaviour regulation in an educational context based on the development of relations in group and therapy | Offering information and behaviour alternatives as regards task situation in a way the child can cope with |
| 2    | Determining to what extent school behaviour and performance can be modified | Aiming at the highest feasible didactic achievements with maximum support                            | Developing a teacher-pupil relationship, based on the development of relations in group and therapy                                | Reaching agreement with the child about degree of commitment and real level of performance                 |
| 3    | Contacting a regular educational institute                                  | Establishing to what extent support of the work attitude can be reduced                              | Offering several teacher-pupil relations and establishing which adaptations remain necessary                                       | Making results tangible and placing them in a future perspective with respect to school                    |

Figure 1 The treatment concept

The conceptual framework for educational therapy cannot be applied to formal educational institutes without adaptations. Professionals working in regular or special education showed a lot of resistance to the conceptual framework. They were especially reluctant to the idea of a fully individualized learning process and a systematic and purposefull arrangement of the process of treatment. The ideal of a spontaneous process of change elicited by a favourable educational context was strongly adhered to.

Educational therapy strives for a speedy reintegration of the child in a regular form of education. Permanently meeting the special needs of the child (as is common in school for special education) is rejected in this conceptual framework. The deliberate change in strategies described in this conceptual framework can be an important contribution to the present aim for integrated education. At present, the discussion about strategies to be used remains implicit too often.

The arrangement of treatment goals in the three different areas of change can offer a framework for the integration of psychotherapeutic and educational interventions.

## Curriculum vitae

Frida van Doorn werd op 30 juli 1955 geboren in Veenendaal. Zij bezocht daar het Christelijk Lyceum en behaalde in 1972 het HBS-A diploma. Daarna studeerde zij psychologie aan de Universiteit van Utrecht. In 1980 werd deze studie afgerond met als hoofdvak Psychologische functieleer. Het doctoraal programma bestond uit een combinatie van de richting onderwijsproceskunde en de richting cognitieve functiestoornissen. Dit hoofdvak werd gecombineerd met de uitgebreide nevenrichting ontwikkelingspsychologie en het bijvak onderwijssociologie.

Vanaf 1979 tot en met 1983 was zij als schoolpsycholoog verbonden aan de onderwijsbegeleidingsdienst "Nieuwe Waterweg Noord" in Vlaardingen voor de begeleiding van individuele kinderen in het basisonderwijs. In deze periode werd ook postacademisch onderwijs gevolgd ten aanzien van neuropsychologische diagnostiek bij kinderen.

In 1983 werd de overstap gemaakt naar de kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek van het Sophia Kinderziekenhuis, omdat in deze (semi-)residentiële setting meer behandelingsfaciliteiten beschikbaar waren dan binnen het basis- of speciaal onderwijs. In de functie van cognitief psycholoog is zij met name betrokken bij de gang van zaken rondom de interne school van deze instelling (interne school-SKZ).

Na een oriënterende periode waarin postacademisch onderwijs gevolgd werd ten aanzien van leerstoornissen, dyslexie en rekenproblemen kwam het accent toenemend te liggen op de verdere theoretische ordening van diagnostiek en behandelingsplanning in deze specifieke schoolse context. Er werd een werkmodel ontworpen voor het ordenen van leerproblemen bij kinderen met ernstige emotionele en/of gedragsproblemen (Van Doorn, Verheij, 1988). Deelaspecten van de behandelingssituatie zoals het onderwijs aan kinderen met aan autisme verwante stoornissen (Van Doorn, Verheij, 1989; Verheij, Van Doorn, 1990), de rol van motivatie bij de aanpak op de interne school (Van Doorn, Verheij, 1991) en een systematische opbouw van de diagnostiek (Verheij, Van Doorn, 1992) en van de behandelingsplanning (Van der Ster, Van Doorn, 1991) kwamen aan de orde.

De afgelopen vier jaar is in de vorm van een promotieonderzoek gericht gewerkt aan het formuleren van een conceptuele basis voor de manier van werken van de interne school-SKZ.

